Rok XLI. Kraków, 7 Czerwca 1902. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O cytotoksynach.

Wykład

Prof. K. Kleckiego

na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 11 grudnia 1901 r.

Jest rzeczą w nauce powszechnie znaną, że zastosowanie w jakiejś gałęzi wiedzy metod badania, wyrobionych i używanych w innej, pokrewnej gałęzi, prowadzi częstokroć do wyników zupełnie nieoczekiwanych, a niekiedy bardzo ważnych. Zwłaszcza w naukach biologicznych, przy badaniu elementarnych spraw życiowych, zapomocą takich zapożyczanych metod wykazywano już nieraz wspólność pewnych cech i funkcyi u tworów pozornie bardzo różnych, a przez to rozszerzano i pogłębiano wiadomości, jakie o elementach życia posiadamy.

Takiemu szczęśliwemu wprowadzeniu metod badania, stosowanych do niedawna prawie wyłącznie w bakteryologii, do niektórych takich dziedzin fizyologii i patologii, w jakich sprawy bakteryjne zupełnie w grę nie wchodzą, zawdzięczamy poznanie szeregu nowych ciał, niezmiernie interesujących ze stanowiska teoretycznego, a sprowadzających w ustroju wyższym wystąpienie pewnych właściwości, które dzisiaj zaczynają już mieć znaczenie dla medycyny praktycznej.

Ciała te — są to jady komórkowe, czyli, jak je nazwał Miecznikow, cytotoksyny.

Jakkolwiek pierwsza publikacya w tym przedmiocie ukazała się zaledwie przed trzema laty, posiadamy już dzisiaj niezmiernie wiele badań nad cytotoksynami. Okoliczność ta tłómaczy się raz powszechnem niemal zainteresowaniem, jakie wzbudził ten najnowszy kierunek, czy też, według określenia niektórych badaczów, ta najmłodsza gałęź biologii, powtóre zaś przez to, że badania nad cytotoksynami są ściśle związane z wielu ważnemi zagadnieniami z dziedziny spraw zakaźnych, dotyczącemi odporności, aglutynacyi mikrobów, powstawania swoistych strątów i in., a związek ten jest tak ścisły, zachodzące tu analogie tak wybitne, że badania nad cytotoksynami wyjaśniają zarazem wiele faktów z dziedziny patologii zakażeń i mikrobiologii.

Atoli ze względu na czas, jakim rozporządzam w niniejszym wykładzie, ażeby módz przedstawić całokształt badań nad cytotoksynami, nie mogę wchodzić w szczegółowe rzeczonych spraw omawianie, ani też w dokładny rozbiór sprzecznych niekiedy poglądów na niektóre zjawiska, o których będzie mowa; nie mogę również wchodzić w szczegóły związanych z cytotoksynami spraw odporności, aglutynacyi i t. d. W wykładzie tym ograniczę się do przedstawienia w zarysie ogólnych wyników badań nad cytotoksynami, oraz sprawami pokrewnemi; podniosę dalej te wyniki, które czy to w medycynie, czy w innych naukach już praktyczne znalazły zastosowanie; w końcu pozwolę sobie zastanowić się nad tem, czego możemy w przyszłości oczekiwać po tych badaniach i jakie dla medycyny one mieć mogą znaczenie.

* * *

Z badań fizyologicznych nad przetaczaniem krwi wiadomo, że krew, wprowadzana do układu naczyniowego ustroju innego gatunku, ginie: jej ciałka czerwone w tem obcem środowisku rozpuszczają się; przytem rozpuszcza ona nawzajem ciałka czerwone ustroju, do którego ją wprowadzono. Wiadomo również, że surowica krwi działa na ciałka czerwone obcego gatunku w zupełnie podobny sposób.

W doświadczeniach bakteryologicznych całego szeregu badaczów z Grohmannem na czele (v. Fodor, Nuttal, Nissen, Behring i in.) stwierdzono już przed kilkunastu laty, że wiele mikrobów, nawet chorobotwórczych, po wprowadzeniu nawet w stosunkowo znacznej ilości do krwi wziętej ze zwierząt zdrowych, a względnie do surowicy krwi takich zwierząt, zwykle już po upływie krókiego czasu w niej ginie.

W kilka lat potem Buchner przy pomocy swoich współpracowników stwierdził, że zjawisko analogiczne zachodzi i we krwiobiegu ustroju żywego, a nadto wykazał, że ową własność bakteryobójczą krwi prawidłowej, występującą w jej surowicy w stopniu silniejszym jak we krwi całkowitej, sprowadza obecność we krwi, a względnie w surowicy, ciała białkowatego, które nazwał aleksyną. Według tłómaczenia Buchnera w aleksynie istota białkowata jest w „stanie czynnym“, a działa ona podobnie jak fermenty.

Szczegółowe, a w skutkach swych doniosłe badania nad rozpuszczaniem się ciałek czerwonych krwi, czyli hemolizą we krwi, a względnie surowicy różnogatunkowej, zainicyowane przed trzema laty przez Bordeta, wykazały, że i tutaj czynnikiem działającym szkodliwie na ciałka czerwone jest również aleksyna*).

Podobnie jak jedna i ta sama surowica prawidłowa działa szkodliwie (w różnym czasie i w różnym stopniu) na rozmaite gatunki mikrobów, tak samo jedna i ta sama surowica rozpuszcza (z rozmaitą siłą) ciałka czerwone różnych gatunków zwierząt.

Aleksyny surowic prawidłowych nie działają przeto swoiście ani na mikroby, ani też na ciałka czerwone krwi różnogatunkowej.

* Ehrlich, nie zgadzający się w różnych szczegółach, dotyczących hemolizy, z zapatrywaniami Bordeta, określa aleksynę Buchnera — Bordeta jako ciało uzupełniające, dodatkowe: »komplement« wzgl. »addyment«. Miecznikow nazywa ją »cytazą«.

Co się tyczy pochodzenia aleksyn, to dzisiaj jest rzeczą prawie powszechnie uznaną, że źródłem ich są ciałka białe krwi; zapatrywania rozchodzą się jedynie w tym względzie, że jedni (Buchner) uważają aleksynę za wydzielinę leukocytów żyjących, inni zaś (Miecznikow) za ciała uchodzące z ciałek białych dopiero przy ich obumieraniu (fagolizie), a co najmniej przy znacznem ich uszkodzeniu. Nadto z badań Wassermanna, Sawczenki, Ehrlicha i Morgenrotha wynika, że ciałka białe nie są jedynem źródłem, z którego aleksyny pochodzą.

Sposób, w jaki aleksyny działają czy to na mikroby, czy to na ciałka czerwone, nie jest jeszcze jasny. Według Buchnera, Miecznikowa i in. ciała te działają na wzór fermentów. Przeciwko takiemu zapatrywaniu podnosi jednak Nolf tę okoliczność, że przy hemolizie nie występują takie produkty, jakie musiałyby powstać, gdyby sprawa polegała na fermentacyi; zdaniem Nolfa mamy tu do czynienia tylko z fizycznem niejako oddzieleniem hemoglobiny od szkieletu ciałka czerwonego. Doświadczenia Bordeta wskazują, że aleksyny nie działają na ciałka czerwone chemicznie, a tylko impregnują je tak, jak niektóre barwiki impregnują tkaniny. Według Nolfa przy tej impregnacyi aleksyna, wnikając do ciałka czerwonego, imbibuje jego ścianę, a przez to zwiększa się przepuszczalność szkieletu ciałka dla wody; wskutek tych zmian hemoglobina wchodzi do substancyi napęczniałej ściany ciałka, a ztąd uchodzi do jego otoczenia i w ten sposób ciałko czerwone rozpuszcza się.

Jeżeli do ustroju prawidłowego wprowadzać w pewnych odstępach czasu mikroby chorobowe, przyczem dawki mikrobów z biegiem czasu zazwyczaj się potęguje, w szczepionym ustroju występuje odporność na dane zarazki, a w szeregu przypadków surowica zwierząt w rzeczony sposób uodpornionych nabiera wybitnych własności bakteryobójczych. Działanie bakteryobójcze takiej surowicy jest znacznie silniejsze, niż działanie surowicy prawidłowej tegoż zwierzęcia, a przytem staje się ono swoistem i to często w bardzo wysokim stopniu.

Jak to pierwszy wykazał Pfeiffer w doświadczeniach nad przecinkowcem cholery, w ustroju zwierzęcia, uodpornionego na rozmaite zarazki, dane mikroby po wprowadzeniu do jamy brzusznej okazują różne zmiany wsteczne (Radziewski), jeżeli są obdarzone ruchami, tracą swe ruchy i obumierają, często rozpadając się przytem na ziarenka (t. zw. zjawisko Pfeiffera); z badań Miecznikowa okazało się, że zachodzi to nie tylko w ustroju zwierząt uodpornionych, jak to twierdził Pfeiffer, ale i po za ustrojem, *in vitro*, pod wpływem surowicy zwierzęcia uodpornionego na dane mikroby. Zjawisko to, polegające na rozpuszczeniu, a raczej zniszczeniu zarazków, nazywamy bakteryolizą.

W ostatnich czasach Bordet w instytucie Pasteura, po nim zaś Ehrlich i Morgenroth, v. Dungern i cały szereg innych badaczów wykazali, że zupełnie analogiczne zjawiska występują po uodpornieniu zwierzęcia sposobem zapożyczonym z bakteryologii na ciałka czerwone krwi innego gatunku zwierzęcego. I tutaj w surowicy zwierzęcia szczepionego występują własności ciałkobójcze, analogiczne z własnościami bakteryobójczemi, sprowadzające rozpuszczenie się, czyli hemolizę ciałek czerwonych tego gatunku, którego krwią zwierzę szczepiono, w znacznie silniejszym stopniu, niż w surowicy prawidłowej danego zwierzęcia, a przytem owo silne działanie ciałkobójcze surowicy nabiera cech swoistości. Wobec tego zrozumiałą jest rzeczą, że surowica zwierząt szczepionych krwią różnogatunkową jest niezmiernie jadowitą dla zwierząt tego gatunku, których krwią szczepiono.

Podobnie jak u zwierząt szczepionych zarazkami, tak samo i po szczepieniu krwią różnogatunkową swoistość działania surowicy nie zawsze jest bezwzględną. Zwłaszcza u zwierząt szczepionych krwią występują niekiedy własności ciałkobójcze nietylko względem ciałek tego gatunku zwierzęcia, którego ciałkami szczepiono, ale i względem ciałek zwierząt gatunków pokrewnych; n. p. surowica świnki morskiej, szczepionej krwią królika, okazuje obok wybitnych własności ciałkobójczych względem ciałek czerwonych królika, działanie ciałkobójcze, choć w słabym stopniu, na ciałka szczura i myszy. W każdym jednak razie swoistość działania surowicy zwierząt szczepionych jest zawsze i to dosyć silnie zaznaczona.

Przy badaniu takich surowic swoistych, zarówno bakteryobójczych, jako też i ciałkobójczych okazało się, że spotęgowanie się rzeczonych własności, oraz swoistość działania surowicy ustrojów szczepionych, polega na tem, że pod wpływem szczepienia powstaje w ustroju i występuje we krwi obok aleksyny różne od niej ciało nowe, cechujące się wybitną swoistością. Ciało to, podobnie jak aleksynę, różni autorzy oznaczają rozmaitemi nazwami: Ehrlich, Pfeiffer i in. nazywają je ciałem odporności *(Immunkörper)*, albo amboreceptorem, inni badacze istotą ochronną, London nazywa je desmonem, Miecznikow istotą wiążącą, osadzającą (*fixateur*) i t. d.; najlepszą wydaje mi się nazwa nadana ciału, o którem mowa, przez Bordeta, badacza, któremu zawdzięczamy wykrycie bardzo wielu faktów z dziedziny cytotoksyn: Bordet nazwał rzeczone ciało istotą uczulającą *(substance sensibilisatrice)*. Jak to powyższa nazwa wskazuje, istota ta sama przez się ani bakteryobójczą, ani ciałkobójczą nie jest; dopiero przy współdziałaniu aleksyny, zawartej w każdej surowicy, nawet prawidłowej, sprowadza ona wybitne i swoiste działanie bakteryobójcze, a względnie ciałkobójcze surowicy; innemi słowy, w ustroju zwierzęcia szczepionego krwią różnogatunkową powstaje swoista istota uczulająca, która w połączeniu z aleksyną stanowi dla zwierzęcia, którego krwią szczepiono, swoistą hemotoksynę czyli hemolizynę.

Według tłómaczenia Bordeta swoista istota uczulająca działa na odpowiednie bakterye, a względnie ciałka czerwone w podobny sposób, jak przy barwieniu działa bajca: osadzając się na ciałkach czerwonych i impregnując je, istota uczulająca zwiększa ich współczynnik pochłaniania aleksyny, oraz potęguje ich wrażliwość na działanie aleksyny. Ponieważ w surowicach swoistych (zwierząt uodpornionych przez szczepienie) ilość aleksyny nie jest o wiele większą, jak w surowicy prawidłowej, swoistość oraz silne działanie tych surowic zależy jedynie od zawartej w nich istoty uczulającej.

Ehrlich, który w szeregu prac, wykonanych wspólnie z Morgenrothem, rozszerza w ostatnich czasach swoją teoryę odporności, t. z. teoryę łańcuchów bocznych *(Seitenkettentheorie)*, zbudowaną pierwotnie dla wytłómaczenia odporności antytoksycznej, na całą dziedzinę odporności,

a zarazem na powstawanie w ustroju cytotoksyn, uważa, że rola istoty uczulającej polega głównie na tem, że łącząc się z aleksyną, sprowadza jej zetknięcie z komórką, na którą aleksyna ma zadziałać. Według Ehrlicha bowiem każda drobina istoty uczulającej ma dwie grupy (haptoforów), z których jedna okazuje silne powinowactwo do odpowiednich komórek (mikrobów, ciałek czerwonych krwi), druga zaś powinowactwo słabsze do aleksyny, czyli „addymentu“ według terminologii Ehrlicha. „Addyment“ zaś ma również dwie grupy, z których jedna (haptofor) łączy się z odpowiednią grupą istoty uczulającej, druga zaś, grupa zymotoksyczna, wywiera na daną komórkę właściwe działanie szkodliwe. W ten sposób przy hemolizie za pośrednictwem istoty uczulającej aleksyna rozpuszcza ciałka czerwone.

Że swoista istota uczulająca powstaje w ustroju jako odczyn na szczepienie danymi tworami, nie ulega żadnej wątpliwości; bliższych jednak szczegółów, dotyczących jej pochodzenia, dotychczas jeszcze nie znamy. Według Mieczników a istotę uczulającą hemolityczną, którą podobnie jak i aleksynę uważa za ferment, wytwarzają makrofagi (tj. fagocyty, mające własność pochłaniania i trawienia komórek ustrojów wyższych, np. ciałek czerwonych krwi), które ją wydalają pod koniec trawienia śródkomórkowego. Badania Pfeiffera i Marxa wskazują, że swoista istota uczulająca przecinkowce cholery na działanie aleksyny wytwarza się w śledzionie, szpiku, gruczołach krezkowych, a może i w płucach; do podobnego wniosku doszedł Wassermann w analogicznych badaniach nad prątkiem duru.

Jest rzeczą stwierdzoną również z wszelką pewnością, że do właściwego działania surowic swoistych (zwierząt uodpornionych) koniecznem jest współdziałanie obydwu istot, o których powyżej była mowa, oraz że czynnikiem, który ostatecznie wywiera właściwe działanie szkodliwe na dane twory, jest tu ta sama aleksyna, która znajduje się w surowicy prawidłowej. Przekonywa nas o tem następujące bardzo proste doświadczenie, oparte na różnej wrażliwości aleksyny a istoty uczulającej na działanie wyższej ciepłoty: aleksyna, wrażliwsza, przez ogrzanie do 55⁰/₀ w ciągu $1/2$ do 1 godziny zostaje zniszczoną (podobnie jak przy przechowywaniu w ciągu dłuższego czasu płynu zawierającego aleksynę), na istotę uczulającą zaś takie ogrzanie żadnego wpływu nie wywiera. Jeżeli silnie działającą, swoistą surowicę bakteryobójczą lub ciałkobójczą ogrzewać do 55^0 przez $1/2$—1 godziny, traci ona w zupełności swe działanie (przez zniszczenie aleksyny). Wystarcza jednak do takiej ogrzanej surowicy swoistej dodać odrobinę surowicy zwierzęcia prawidłowego, nie ogrzanej (zawierającej aleksynę), a pierwotne działanie surowicy swoistej powraca w całej pełni. Przytem do surowicy swoistej ogrzanej możemy dodawać surowicę prawidłową niekoniecznie tego samego gatunku zwierzęcia, które dostarczyło surowicy swoistej; i surowica innych zwierząt reaktywuje, choć słabiej niż surowica jednogatunkowa, ogrzaną surowicę swoistą; w doświadczeniu tem działa jednak najlepiej surowica jednogatunkowa dlatego, że, jak to tłómaczy Nolf, białka, pochodzące z tego samego gatunku surowicy, mają do siebie powinowactwo większe jak białka, pochodzące z różnych gatunków zwierząt.

(C. d. n.).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O działaniu płynnego wyciągu kaktusa wielkolistnego.

Podał
Dr. Tadeusz Żeleński.

Nie ulega wątpliwości, że pod względem pewności i siły działania liście naparstnicy posiadają bezwarunkową wyższość nad wszystkimi innymi lekami, używanymi w chorobach narządu krążenia. Mimo to nie zawsze możemy uciekać się do tego cennego środka, bądź to dlatego, że ustrój chorego niekiedy go nie znosi i oddziaływa natychmiast utratą łaknienia, nudnościami i wymiotami, bądź też dla rzeczywistych przeciwwskazań, wynikających z samej istoty choroby. Najważniejsze przeciwwskazania dla podawania liści naparstnicy stanowią: 1) zwyrodnienie tłuszczowe lub bliznowate mięśnia sercowego; 2) zbytnie obniżenie częstości samych skurczów serca (nie zaś częstości tętna: gdyż niejednokrotnie w daleko posuniętych zaburzeniach czynności serca tętno może być pozornie zwolnione pomimo przyspieszenia czynności serca z powodu t. zw. *faux pas*, czyli czczych skurczów serca); dalej — 3) zmiany miażdżycowe i wreszcie, — jakkolwiek sprawa ta w ostatnich latach stała się znowu przedmiotem sporów — 4) wady zastawkowe aorty. We wszystkich tych przypadkach musimy szukać innych środków leczniczych; również tam, gdzie naparstnicę z dobrym skutkiem przepisujemy, zmuszeni jesteśmy użyciem innych leków wypełniać konieczne przerwy, jakie w podawaniu naparstnicy czynić należy. Przetworów, używanych w tych przypadkach jest dość dużo, żaden jednak nie odpowiada w zupełności swemu celowi. Najczęściej używany *strophantus*, zalecany dla szybkiego skutku (już w przeciągu 24 godzin) i dla braku zbiorowego działania, jest dla chorych z powodu wstrętnego smaku bardzo przykry i sprowadza często zaburzenia w trawieniu, nudności, wymioty i rozwolnienie. Oprócz tego działa szkodliwie na nerki i wywołuje niekiedy białkomocz, wskutek czego nie może być użyty przy równoczesnem cierpieniu nerkowem. Inne środki używane w tych przypadkach, jak gorzykwiat wiosenny *(adonis vernalis)*, sparteina, konwalia majowa, *coronilla, erythrophleinum hydrochloricum,* oleander, co do pewności i siły działania bardzo wiele pozostawiają do życzenia. Środek zatem, któryby co do skuteczności przewyższał powyżej wymienione lekarstwa, nie posiadając przytem szkodliwego wpływu na ustrój chorego, byłby bardzo cennym nabytkiem leczniczym, jak również byłby pożądanym i z tego względu, że choroby narządu krążenia, jako cierpienia ciężkie, długotrwałe i przeważnie nieuleczalne, wymagają częstych zmian w sposobie leczenia i podawania coraz to nowych środków.

Przed dwunastu mniejwięcej laty pojawiły się wzmianki, przeważnie pochodzące od amerykańskich i angielskich lekarzy, zalecające wyciąg płynny z liści kaktusa wielkolistnego *(Cactus grandiflorus* albo *Cereus grandiflorus)* w chorobach narządu krążenia. Wzmianki te brzmiały bardzo korzystnie. Orlando Jones[1]) porównuje działanie kaktusa i naparstnicy i dowodzi, że podczas gdy końcowym wynikiem podawania naparstnicy jest wyczerpanie zwojów nerwo-

[1]) The Brith. Med. Journ, 1890 11 stycznia.

wych mięśnia sercowego, to przeciwnie przez podawanie wyciągu kaktusa osiągamy trwałe wzmocnienie sprawności serca. I. E. Engstad[2]) uważa kaktus za środek niemal swoisty w dusznicy bolesnej *(angina pectoris)*, jak również przypisuje mu skuteczność w przebiegu ostrych chorób zakaźnych przy grożącym niedowładzie mięśnia sercowego. John Aulde[3]) podnosi brak zbiorowego i odurzającego działania i zaleca podawanie wyciągu kaktusa tam, gdzie naparstnica jest przeciwwskazana. R. W. Wilcox[4] dzieli się swojemi doświadczeniami nad kaktusem w dłuższym odczycie, obejmującym 23 przypadki i streszcza wynik tych badań w następujący sposób: „Działanie występuje już po 6—24 godzinach. Wpływu na wydzielanie moczu i na czynność oddechową środek ten nie posiada. Cierpienia, w których środek ten może być podawany z dobrym skutkiem, są następujące: 1. Osłabienie serca przy niezupełnem wyrównaniu, jak również osłabienie serca u ozdrowieńców po durze. 2. Dusznica bolesna i proste odśrodkowe rozszerzenie komórek. 3. Zaburzenia czynnościowe, występujące po nadużyciu kawy, herbaty, tytoniu lub wyskoku. 4. Bicie serca w niestrawności, przy chorobie Bazedowa, morfinizmie, wyczerpaniu płciowem i nieznacznych stopniach niedokrewności. 5. Zwolnienie czynności serca z powodu przedrażnienia nerwu błędnego, lub zwyrodnienia mięśnia sercowego, w których to przypadkach naparstnica jest stanowczo przeciwwskazana. 6. Niewyrównane wady zastawkowe aorty, przy których Wilcox również odradza podawanie naparstnicy.

Jakkolwiek nie wszyscy badacze z równym zapałem wyrażają się o wyciągu kaktusa i nie wszyscy równie rozległe przypisują mu pole działania, wszyscy jednak zgadzają się na to, że środek ten ze wszechmiar zasługuje ua dalsze badania i próby. Tymczasem stało się przeciwnie: od roku 1892, a zatem od lat 10, żadnych wzmianek o kaktusie nie znajdujemy, a lekarze praktyczni przepisują go rzadko i w bardzo nieśmiałych dawkach. Zachęcony przez profesora Dra Pareńskiego do przeprowadzenia doświadczeń w tym kierunku, podawałem wyciąg płynny kaktusa wielkolistnego osobom tak ze zboczeniami w czynnościach narządu krążenia, jak i bez tych zboczeń. Przy podawaniu tego środka zaczynałem u początkowych chorych od dawek niewielkich i postępowałem do coraz wyższych; u następnych chorych, przekonawszy się, że nie grozi to niebezpieczeństwem, zaczynałem wprost od dawek wyższych.

Spostrzeżenia, które te próby nasunęły, są następujące: pierwszą ważną okolicznością, jaka uderza przy podawaniu wyciągu kaktusa, jest brak wszelkich ubocznych a niepożądanych skutków. W żadnym z badanych przypadków nie zauważono zaburzeń w czynności trawienia. Łaknienie utrzymuje się przez cały czas, nudności brak (oprócz jednego chorego, u którego chwilowo i przemijająco wystąpiły), do wymiotów nigdy nie przychodzi. Jeżeli zważymy, jak właśnie to uboczne działanie utrudnia i czyni przykrem dla chorego zażywanie *strophantus*, to brak jego przy stosowaniu kaktusa musi być uznany za nader ważny. Również nie doświadczali nasi chorzy w przebiegu podawania kaktusa zawrotu głowy, ani też nie skarżyli się na bezsenność. Brak wszelkich ubocznych przypadłości utrzymuje się przy podawaniu tego leku przez czas dłuższy i w znacznych dawkach. W przypadku l. II. podajemy go przeszło przez miesiąc, dochodząc do dawek bardzo znacznych (4 razy dziennie po 85 kropel), bez śladu zatrucia.

Częstość tętna nie podlega stałej wybitnej zmianie. W większości przypadków zauważyliśmy mierne przyspieszenie. Natomiast tętno staje się pełniejsze i wydatniejsze. (U wszystkich badanych chorych wykonywaliśmy przez cały czas spostrzegania sfigmograficzne zdjęcia; wyjąwszy przypadki niedomykalności zastawek aorty, linia krzywa tętna okazuje wszędzie dość znaczne podwyższenie fal). Na czynność oddechową zdaje się kaktus nie mieć bezpośredniego wpływu. Przy polepszonych warunkach krążenia i oddechy stają się wolniejsze i swobodniejsze.

Ujemnego działania kaktusa na miąższ nerkowy nie zauważyliśmy w ciągu naszych doświadczeń. Jedyny przypadek, w którym przyszło do zaburzeń ze strony nerek (przyp. l. III.), był powikłany tak daleko posuniętem cierpieniem tego narządu, że nie może być uważany za dowód szkodliwego działania kaktusa w tym kierunku. Co się tyczy działania moczopędnego, któremu, jak wspomnieliśmy, Wilcox zaprzecza, nie możemy tej sprawy rozstrzygać. Faktem jest, że prawie we wszystkich przypadkach niewyrównanych wad zastawkowych, jak również w wielu przypadkach długotrwałych wysięków opłucnowych, pod wpływem podawania kaktusa ilość moczu na dobę wybitnie się zwiększała. Jednak czy objaw ten należy odnieść do bezpośredniego moczopędnego działania, czy też, co więcej prawdopodobne, do zwiększonej sprawności skurczów serca i polepszonych warunków krążenia — brak nam na to rozstrzygających dowodów. (Dokończ. nastąpi).

III. Organizacya desinfekcyi w miastach większych.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

(Ciąg dalszy).

Z liczb tych, umieszczonych na tablicy II-ej, przytoczę kilka dla oświetlenia rozmiarów desinfekcyi po płonicy, błonicy i gruźlicy. W roku 1894 zmarło z powodu płonicy osób 92, w tem 43 w szpitalach, przy stosunku zmarłych do wyzdrowiałych 43:106, desinfekcyi parą wykonano 6; — w r. 1895 zmarło z błonicy osób 105, z tych 70 w szpitalu (śmiertelność do wyzdrowienia = 70:299), zanotowano 2 desinfekcye; w r. 1895 zmarło z gruźlicy osób 616, w szpitalach 265 (śmiertel: wyzdrow. = 265:505), wykonano desinfekcyj 3; — w roku 1897 zmarło z tejże samej choroby 582, w szpitalach 242 (śmierteln: wyzdrow. 242:435), wykonano desinfekcyj 2. Gdyby w zapiskach co do działalności desinfektora parowego zapisywano zawsze choroby, z powodu których rzeczy poddano odkażeniu, liczby powyższe co do desinfekcyi przy chorobach poszczególnych możeby wzrosły, — jednak bardzo nie wiele, z powodu wogóle nader rzadkiego używania desinfektora. — Jakkolwiek liczby powyższe nie roszczą prawa do ścisłości bezwzględnej z powodu nie zbyt dokładnych zapisków co do działalności miejskiego przyrządu i jakkolwiek porównałem je tylko ze śmiertelnością i stosunkowo korzystną statystyką wyzdrowienia w szpitalach krakowskich, przedstawiają one

[2]) Therap. Gazette, 1890 str. 206.
[3]) Semaine médicale, 1891 Nr. 28.
[4]) The Post Graduate, Vol VII. Nr. 3. Str. 85—99.

Tablica II-ga.

Działalność miejskiego desinfektora parowego w stosunku do śmiertelności z powodu chorób zakaźnych w Krakowie w ostatnich dziesięciu latach.

Rok	Śmiertelność ogólna z powodu chorób zakaźnych	Ogólna liczba desinfekcyj wykonanych parą w przyrządzie miejskim	Odra				Płonica				Ospa				Błonica				Gruźlica				Dur brzuszny plamisty				Cholera				Liczba des. parą przy innych chor. zak. niewymienionych, niezakaźnych, nieodpowiednich, dla obcych i bez oznaczenia choroby
			śmiertelność ogólna	śmiertelność w szpitalach	Liczba chorych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	śmiertelność ogólna	śmiertelność w szpitalach	Liczba chorych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	śmiertelność ogólna	śmiertelność w szpitalach	Liczba chorych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	śmiertelność ogólna	śmiertelność w szpitalach	Liczba chorych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	śmiertelność ogólna	śmiertelność w szpitalach	Liczba chorych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	śmiertelność ogólna	śmiertelność w szpitalach	Liczba chorych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	śmiertelność ogólna	śmiertelność w szpitalach	Liczba chorych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	
1891	871	45	65	—	—	2	30	—	—	4	—	—	—	—	177	—	—	10	522	—	—	11	56	—	—	13	—	—	—	—	5
1892	884	171	24	21	41	—	32	19	44	5	58	28	117	26	164	105	205	17	503	188	300	14	83	49	312	6	25	—	—	33	51 w tem 21 tandeciarzy
1893	1022	142	73	27	100	—	83	49	115	4	163	107	381	72	134	92	173	3	495	202	421	1	64	44	175	—	7	—	—	1	61
1894	952	223	20	4	33	—	92	43	106	6	4	1	8	3	149	102	187	6	491	277	483	9	52	23	143	5	95	—	—	62	132 Bardzo wiele szpital Bonifratrów
1895	921	75	2	—	12	—	110	36	77	15	—	—	4	—	105	70	299	2	614	265	505	3	58	28	165	2	—	—	—	—	54
1896	858	47	131	35	142	1	78	42	126	6	—	—	—	1	63	61	223	—	536	208	422	15	34	22	139	5	—	—	—	—	18
1897	760	42	2	—	2	—	64	29	104	20	1	—	—	1	79	62	244	2	582	242	435	2	47	20	168	3	—	—	—	—	17 w tem 5 gmin. obcych
1898	760	42	6	5	28	2	92	60	158	10	6	6	27	1	64	59	260	1	541	216	440	12	40	18	141	6	—	—	—	—	11
1899	840	46	62	20	117	1	51	28	91	5	12	10	37	16	58	53	293	3	600	323	635	13	24	19	139	1	—	—	—	—	8
1900	872	55	2	—	3	—	24	19	76	3	14	10	63	27	32	30	206	—	659	279	466	21	35	30	146	3	—	—	—	—	8
1901	906	50	45	—	29	—	101	80	102	9	11	6	23	5	62	32	141	3	574	168	429	21	35	32	136	2	—	—	—	—	10

jednak bardzo dosadnie stopień zaniedbania desinfekcyi parą w Krakowie tak ze strony zarządu miejskiego, jak i osób prywatnych. Z powyższego stosunku desinfekcyi parą do odkażania mieszkań, zarządzonych z urzędu, można wnosić, że tak samo desinfekcya mieszkań jak i odkażanie parą na zapotrzebowanie osób prywatnych wykonywanem było bardzo rzadko. Przemawiają za tem także bardzo rzadkie zamówienia na desinfekcyę mieszkań przyrządem dawnym Scheringa, zakupionym przed kilku laty przez jednego z aptekarzy krakowskich i nieliczne zamówienia w prywatnym zakładzie desinfekcyjnym[1]), niedawno założonym w Krakowie, mimo że w ostatnich kilku miesiącach panowała znaczna epidemia odry i płonicy.

Stwierdziwszy ten niestosunek między śmiertelnością z powodu chorób zakaźnych, a liczbą wykonanych desinfekcyj mieszkań w Krakowie,[2]) a może i nie lepszy w wielu innych miastach Galicyi, zapyta każdy, jaki tego powód? Kilka przyczyn składa się na ten stan. Wspomniałem poprzednio, że wykonywanie desinfekcyi w Krakowie pozostawiono inicyatywie lekarzy ordynujących i dobrej woli rodzin, wśród których szerzyły się choroby zakaźne. Lekarze praktykujący wiedzą, jak stosunkowo niewiele jest rodzin, które idąc za radą lekarza chętnie chciałyby zarządzić desinfekcyę. Większość w swem przekonaniu uważa desinfekcyę za rzecz nie tylko uciążliwą, ale wprost zbyteczną, a również nie mało i takich, które przyznając wartość desinfekcyi, nie wykonują jej z oszczędności, mimo że rodzin tych nie można zaliczyć do niezamożnych. Wyraża się to małem korzystaniem z desinfektora parowego przez osoby prywatne. Wobec lekarza jednak oświadcza się zazwyczaj, że wszystko będzie lub zostało już wykonane według jego polecenia.

Wątpliwem jest nadto, czy i w tych przypadkach, w których według zalecenia i wskazówek lekarza wykonano desinfekcyę w domu prywatnym przy pomocy służby domowej, dokonano jej w sposób odpowiedni. Wykonanie desinfekcyi mieszkań rodzin niezbyt ubogich przy użyciu kwasu karbolowego, sublimatu, mydła szarego i t. d. wymaga, jeżeli desinfekcya ma dawać rękojmię pewności, znacznej wprawy i biegłości w stosowaniu tych środków; wymaga dalej pewnej wprawy w osobistem zachowaniu się wykonującego, by się nie zakaził bądź sam, bądź też później na innych nie przeniósł zarazy. Nawet lekarz dobrze obznajomiony teoretycznie z działaniem przetworów desinfekcyjnych, bez doświadczenia i pewnej wprawy nie może dobrze zarządzić desinfekcyi; a wprawny, chcąc ją pod dozorem swoim wykonać przy pomocy służby, poświęcić musi na ten cel godzin kilka. Jeżeli do tej nieumiejętności w wykonaniu, a nawet zarządzeniu, oraz niemożności poświęcenia czasu dla dozoru, dołączymy wątpliwości, jakie nasuwają się lekarzom co do skuteczności działania odka-

[1]) odnosi się do połowy lutego b. r.

[2]) Poddając krytyce dotychczasową organizacyę desinfekcyi w Krakowie poczuwam się zarazem do obowiązku zaznaczyć, że w ostatnich tygodniach ilość desinfekcyi wykonanych z urzędu przez służbę miejską jak również przez prywatny zakład p. Zarewicza znacznie wzrosła.

żających rozczynów przy krótkiem ich działaniu na powierzchniach skośnych, z których płyn taki łatwo spływa, staje się zrozumiałem, dlaczego pośród lekarzy mimo teoretycznego uznania dla wartości odkażania mieszkań mało stosunkowo jest przeświadczonych zwolenników co do wartości jego zastosowania w praktyce. Brak wiary i niechęć wśród ogółu publiczności, spotęgowana jeszcze od czasu do czasu wydarzającem się zepsuciem rzeczy przy odkażaniu parą, niewiara pośród lekarzy co do możliwości doskonałości desinfekcyi mieszkań przy uskutecznianiu jej domowemi siłami, oto 2 główne czynniki, które w znacznym stopniu ograniczyły, po części i słusznie, inicyatywę wielu lekarzy co do zapotrzebowania desinfekcyi w praktyce prywatnej. Wprawdzie obecnem stosowaniem formaldehydu skraca się do pewnego stopnia czas i stopień pracy, oraz daje ten rodzaj desinfekcyi znacznie większą pewność odkażenia, aniżeli stosowanie przetworów płynnych, mimoto wymaga umiejętności w wykonaniu; wykonana desinfekcya siłami domowemi nie daje również pewności.

Pewien odłam lekarzy i publiczności dopatruje winy zaniedbania desinfekcyi mieszkań w braku odpowiednich zarządzeń ze strony miasta. Nie jeden uważa, że donoszenie o chorobach zakaźnych pociągać winno za sobą zarządzenie desinfekcyi ze strony urzędu lekarskiego. Przyjrzyjmy się przeto, do czego zobowiązane są gminy i lekarze miejscy w sprawie desinfekcyi.

Według rozporządzenia min. spr. wew. z dn. 7/III. 1887. r. L. 3098, winny starać się władze (p. 3), by już w miejscowości każdej zapewniono skuteczną i ze strony policyi sanitarnej nadzorowaną desinfekcyę wszystkich przedmiotów zakażonych. Instrukcya dla lekarzy gminnych i miejskich wydana na zasadzie § 14. ust. kraj. z 2/II. 1891. określając obowiązki lekarza miejskiego w ustępie s) powiada, że ma on interweniować w razie wybuchu jakiejkolwiek choroby zakaźnej, udać się na miejsce zaraz po otrzymaniu zawiadomienia o pierwszym przypadku choroby w celu sprawdzenia; zarządzić wszystko, co w myśl obowiązujących przepisów o tłumieniu choroby w zarodku zrobić należy, między innemi zarządzić i dopilnować jak najdokładniej wykonania desinfekcyi. W instrukcyi dla lekarzy miejskich w Krakowie § 14 nakłada na nich obowiązek nakazania i dopilnowania desinfekcyi mieszkań, jednak tylko w przypadkach śmierci z powodu chorób zakaźnych. Takież same zobowiązanie mają lwowscy lekarze miejscy w instrukcyi, (§ 14.), według której nadto lekarz miejski w razie sprawdzenia choroby zakaźnej u ubogich ma zarządzić odosobnienie chorego.... i przeprowadzić odkażenie mieszkania (§ 5). Według (§ 4.) instrukcyi dla lekarza naczelnego w Krakowie, (§ 5. Lwów) ma on zazwyczaj raz na miesiąc, a w potrzebie częściej, wzywać lekarzy miejskich na posiedzenia, na których mają się toczyć narady o panujących chorobach, tudzież o środkach zaradczych bądź to już stosowanych, bądź dopiero stosować się mających.

Z rozporządzenia powyższego wynika, że w gminach winna być zapewniona i przez policyę sanitarną nadzorowana desinfekcya przedmiotów zakażonych, a zatem i mieszkań. Z zestawienia zaś odpowiednich ustępów powyższych instrukcyi jest widocznem, że lekarze miejscy są zobowiązani do zarządzenia desinfekcyi z urzędu tylko w pierwszych przypadkach choroby zakaźnej, w razie śmierci z choroby zakaźnej (Kraków, Lwów), względnie po przewiezieniu ubogiego do szpitala (Lwów). Lekarzowi naczelnemu we Lwowie i Krakowie, jak z powyższego ustępu wnosić można, przysługuje prawo zarządzenia desinfekcyi w przypadkach, które uzna za więcej niebezpieczne dla zdrowia publicznego. Kto zaś ma zarządzić, przeprowadzić i dopilnować desinfekcyi mieszkań po chorobach nagminnie panujących, w razie wyzdrowienia i u osób zamożniejszych, tego w instrukcyi powyższej dopatrzeć się nie można. Tak rozporządzenie jak i instrukcya pozostawiają to widocznie inicyatywie lekarzy prywatnych i dobrej woli publiczności.

Wymaga zaś instrukcya od lekarza miejskiego w powyższych przypadkach nie tylko zarządzenia, ale i przeprowadzenia, względnie dopilnowania desinfekcyi. Tego oczywiście żaden lekarz miejski ze względu na brak czasu z małymi wyjątkami nie przestrzega, powierzając wykonanie desinfekcyi słuźbie miejskiej, policyantowi, strażakowi pożarnemu, według danego pouczenia. Wykonywując desinfekcyę mieszkań ludności uboższej, bo takie przedewszystkiem i prawie wyłącznie wchodzą w zakres działalności lekarza miejskiego, nabywa służba miejska wprawy w tych warunkach przeprowadzonej desinfekcyi przez stosowanie bielenia ścian, zmywania łóżka, sprzętów i podłogi kwasem karbolowym, względnie ługiem, wygotowywania bielizny, spalenia słomy z siennika i parzenia ubrań w odnośnych przyrządach. Służby tej nie można jednak użyć do odkażania mieszkań ludności zamożniejszej, bo nie jest w tym kierunku wyćwiczoną. Konieczność zarządzenia i przeprowadzenia desinfekcyi w takich warunkach, zdarzająca się względnie rzadko, wprawiłaby niejednego lekarza miejskiego w wielki kłopot, gdyby chciał ją wykonać sumiennie przy pomocy służby miejskiej, a nie narazić bądź rodziny na uszkodzenie mieszkania, bądź gminy lub siebie, wzgl. służby na zwrot kosztów za rzeczy zepsute. W takich przypadkach zarządza się *ut aliquid fecisse videatur*. — Nie tylko zakupienie i oddanie do użytku publicznego przyrządu parowego, ale i zorganizowanie ze strony zarządów miast dobrze wyćwiczonej służby jest jednym z najważniejszych środków dla ułatwienia desinfekcyi mieszkań. Bez służby takiej, nie może być mowy o pewnej i racyonalnej desinfekcyi. Do zorganizowania takiej służby powinny władze doprowadzić, chcąc sumiennie zadość uczynić wyżej wspomnianemu rozporządzeniu.

Służba do desinfekcyi powinna być dobrze wyćwiczona, a tego wyćwiczenia nabyć może tylko przez odpowiednią naukę. Aby zaś odkażanie wykonywała z pewnem zrozumieniem, winna obok znajomości przetworów desinfekcyjnych i sposobu ich użycia, nabyć pewnego zasobu wiadomości o istocie chorób zakaźnych, sposobach i drogach, któremi się udzielają i szerzą. Wiadomości te nadadzą pewną podstawę myślową pracy personalu do desinfekcyi użytego, sprawią, że będzie on umieć postępować samodzielnie i umiejętnie. Wielkiej samodzielności służbie tej jednak pozostawić nie można; działalność jej powinna być dokładnie określona instrukcyą, której wykonanie podlegać winno od czasu do czasu kontroli bądź przez ukwalifikowanego urzędnika, lekarza miejskiego, a jeszcze lepiej przez zakład

higieniczny. Miejscem najodpowiedniejszem, gdzie służba taka nabywaćby mogła odpowiednich wiadomości i wprawy, byłyby zakłady higieniczne. Kursa $1\frac{1}{2}$—2 tygodniowe przy zakładach tych wystarczałyby w tym celu. Dodać jeszcze należy, że do służby desinfekcyjnej zarząd miejski wybierać powinien ludzi o pewnem rozgarnieniu, sumiennych w robocie i grzecznych w obejściu. Desinfekcya mieszkań jest do pewnego stopnia wkroczeniem w prawo domowe, w prawo własności, ludzie wykonujący ją powinni zachowaniem się swojem ile możności łagodzić tę przykrość. Zdaje mi się, że wobec pewnej niechęci, z jaką publiczność odnosi się do służby policyjnej, połączenie funkcyi desinfekcyjnej z policyjną nie jest właściwe dla pomyślnego rozpowszechnienia potrzeby desinfekcyi. W ogóle łączenie obowiązków służby desinfekcyjnej z jakąkolwiek inną czynnością zdaje mi się nie być odpowiednie. Urzędnik do desinfekcyi powinien swój obowiązek pełnić zawodowo, nie ubocznie; — wtedy można mieć tę pewność, że desinfekcyę będzie wykonywać sumiennie. (Dok. nast.).

VI. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu (Prof. Dr. Pasternacki).

Przypadek niezwykłego połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną.

Podał

Dr. med. Witold Orłowski

Ordynator kliniki.

(Dokończenie).

Przekonajmy się teraz, o ile nasze rozpoznanie odpowiadało rzeczywistemu stanowi rzeczy. Sekcya została wykonaną 18 grudnia przez prosektora kol. Korowina. Protokół jej brzmi jak następuje.

„Zwłoki kobiety budowy miernej, wyniszczonej (waga 37.300 klgr.), długości 158 ctm. Skóra stóp i goleni barwy brunatnej, na skórze miejscami drobne blizny; w okolicy krzyżowej drobne odleżyny.

Czaszka o typie średniomiarowym (mesocefalicznym), kości sklepienia czaszki grubości miernej, istota ich gąbczasta *(diploe)* mało w krew zasobna; opona twarda nieco zgrubiała, miernie ukrwiona; ciałka Pachiona rozwinięte miernie. Opona miękka nacieczona ropą, obrzmiała, mało ukrwiona, oddziela się łatwo od mózgu. Komórki boczne zawierają blizko łyżeczkę od kawy płynu przejrzystego. Boczne sploty chorioidalne mało w krew zasobne, nieco ziarniste. Substancya mózgu miernie zbita, na rozkroju wilgotna, lśniąca, na powierzchni przekrojonej występują w miernej ilości krwawe punkciki. Naczynia podstawowe mózgu bez żadnych zboczeń.

W worku osierdziowym około 50 ctm. sz. płynu przejrzystego, barwy żółtawej. W brózdach serca mierna ilość tłuszczu. Długość serca — 9, szerokość 9,5 ctm. Mięsień sercowy miernie zbity, barwy żółtawo-szarawej. Grubość ściany komórki prawej 5, lewej 12 mlm. Na zastawkach tętnicy głównej wybujałość w kształcie niewielkich tętniaków: na prawej przedniej — wielkości orzecha laskowego, na lewej przedniej — cedrowego, na zastawce tylnej wielkości ziarnka grochu. Tętnica główna mierzy nad zastawkami w obwodzie 7, tętnica główna zstępująca 5 ctm. Na przedniej dolnej ścianie części zstępującej łuku tętnicy górnej, o 2 ctm. niżej miejsca wystąpienia lewej tętnicy podobojczykowej, znajduje się otwór, wielkości przekroju pióra gęsiego, prowadzący do prawego ramienia tętnicy płucnej; naokoło tego otworu wewnętrzna warstwa *(intima)* tętnicy głównej zmieniona miażdżycowo na przestrzeni $\frac{3}{4}$ ctm., sama zas ściana nieco wypukłona. Na przedniej górnej ścianie prawego ramienia tętnicy płucnej, tuż pod otworem, łączącym ją z tętnicą główną, znajduje się workowate wypuklenie, mające w średnicy blizko 2,5 ctm. Ze strony światła tętnicy płucnej wypuklenie to jest wypełnione tkanką łączną w kształcie blaszki o powierzchni guzowatej. Obwód tętnicy płucnej nad zastawkami wynosi 8 ctm.

Jamy opłucnowe płynu nie zawierają. Oba płuca zrośnięte gdzieniegdzie dawniejszymi zrostami ze ścianami klatki piersiowej. Tylne części płuc, zwłaszcza lewego, zbitsze i zabarwione na brunatno-czerwono; przy ucisku powierzchnia przekroju zalewa się cieczą mętną, mało powietrzną; części przednie płuc nieco obrzękłe. Błona śluzowa oskrzeli przekrwiona. Gruczoły zaoskrzelowe barwy szarołupkowej, zbitości miernej.

Śledziona znacznie powiększona; poprzeczna brózda na powierzchni wypukłej dzieli ją na 2 płaty: górny większy i dolny mniejszy. Miąższ śledziony miernie zbity, barwy ciemnoczerwonej z odcieniem brunatnym. Miazga zeskrobuje się w znacznej ilości. Beleczki *(trabeculae lienis)* widoczne.

Wątroba trochę powiększona. Torebka jej zgrubiała, gdzieniegdzie spojona z przeponą. Miąższ zbity, na przekroju ziarnisty, barwy żółtawo-brunatnej. Pęcherzyk żółciowy zawiera ciemnozieloną żółć. Większe przewody żółciowe drożne.

Błony śluzowe żołądka i jelit mają w niektórych miejscach słabą barwę szarołupkową. Trzustka zboczeń nie przedstawia.

Nerki nieco powiększone, torebka odchodzi z łatwością; miąższ wiotki, zabarwiony na żółtoszarawo, prawie na całej przestrzeni pokryty drobnymi wybroczynami. Drogi moczowe zboczeń nie przedstawiają.

Narządy płciowe również bez osobliwych zmian.

Epicrisis: Meningitis purulenta acuta. Endocarditis ulcerosa valvularis. Foramen art. pulmonalis in aorta ex exulceratione. Pleuritis adhaesiva chronica partialis bilateralis. Induratio pulmonum fusca. Hyperplasia lienis chronica et acuta. Perisplenitis es perihepatitis chronica. Cirrhosis hepatis. Nephritis chronica.

Zestawiając teraz rozpoznanie, uczynione za życia chorej, z wynikami badania zwłok, łatwo się przekonać, że sekcya potwierdziła nasze rozpoznanie kliniczne o tyle, że połączenie między tętnicą główną a tętnicą płucną istniało rzeczywiście. Połączenie jednak zachodziło nie jak przypuszczaliśmy, przez otwarty przewód tętniczy Botalla, na sekcyi bowiem nie można było odnaleść żadnych śladów przewodu Botalla, lecz za pomocą otworu w przedniej dolnej ścianie zstępującej części łuku tętnicy głównej, o 2 ctm. niżej wyjścia z tętnicy głównej lewej tętnicy podobojczykowej; otwór ten wielkości przekroju pióra gęsiego prowadził do części początkowej prawego ramienia tętnicy płucnej, a więc położeniem swojem odpowiadał zupełnie zwykłemu umiejscowieniu przewodu tętniczego Botalla. Pochodzenie otworu w naszym przypadku okazało się odmienne: połączenie bowiem między tętnicą główną, a tętnicą płucną przedstawiało się nie w kształcie kanału, lecz tylko otworu; w około tego otworu wewnętrzna warstwa ściany tętnicy głównej uległa zmianom miażdżycowym na przestrzeni $\frac{3}{4}$ ctm. Wobec tych zmian powstanie otworu należy przypisać zapaleniu ściany tętnicy głównej, które spowodowało najpierw stwardnienie *(sclerosis)*, a następnie owrzodzenie z przedziurawieniem do tętnicy płucnej.

Prawe ramię tętnicy płucnej pod otworem łączącym przedstawiało wypuklenie workowate, mające około 2,5 ctm.

w średnicy. Obwód tętnicy płucnej nad zastawkami wynosił 8, tętnicy głównej nad zastawkami 7 ctm. Zastawki tętnicy płucnej nie okazywały żadnych zmian, ujście ich również było prawidłowe; zastawki tętnicy głównej przedstawiały wybujałość w kształcie niewielkich tętniaków. Obie komory były przerosłe.

Jakkolwiek rozpoznanie nasze nie zupełnie zostało potwierdzone przez badanie pośmiertne, to jednak okoliczność ta nie obniża doniosłości samego przypadku. W piśmiennictwie nie znalazłem opisu połączenia między tętnicą płucną a tętnicą główną na podstawie wrzodziejącej sprawy zapalnej w tętnicy głównej; wobec tego przypadek nasz stanowi *unicum* w piśmiennictwie. Wszakże nie tylko ta jedna okoliczność zwraca na siebie uwagę: w przypadku tym znajdujemy inne jeszcze pouczające szczegóły. Przypomnijmy sobie najpierw to pasmo stłumienia, które rozpoczynając się od obojczyka, przebiegało obok mostka po stronie lewej klatki piersiowej ku stłumieniu, pochodzącemu od serca. Gerhardt, a za nim Burghart[18]), Zinn[19]), Müller[20]) i inni uważają ten objaw jako bardzo znamienny, niemal patognomoniczny dla niezarośnięcia przewodu tętniczego Botalla, objaśniając jego powstanie znacznem rozszerzeniem tętnicy płucnej. Nasz przypadek atoli poucza, że tak w rzeczywistości nie jest i wskazuje, że podobne pasmo stłumienia może wystąpić i w razie połączenia między tętnicą główną a tętnicą płucną innego pochodzenia.

Odmienny obraz przedstawia nasz przypadek i pod względem objawów przysłuchowych okolicy serca. W samej rzeczy, w nielicznych przypadkach połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną za pomocą ubytku w przegrodzie, rozdzielającej te naczynia, więc w przypadkach, które pod względem klinicznym stoją najbliżej naszego, spostrzegano prawie wyłącznie szmer skurczowy. O szmerze rozkurczowym rozpisuje się jedynie Fräntzel, lecz jego przypadek przedstawiał wybitne zaburzenia w rozwoju tętnicy głównej i tętnicy płucnej, mianowicie tętnica główna łączyła się tylko z lewem ramieniem tętnicy płucnej, prawe zaś ramię tętnicy płucnej brało początek od tętnicy głównej; podobna nieprawidłowość rozwojowa umożliwiała przedostanie się krwi z tętnicy płucnej do tętnicy głównej podczas rozkurczu serca, co w warunkach zwykłych nie może mieć miejsca. O rozkurczowym szmerze nadmienia wprawdzie i Baginsky, nie wskazuje jednak umiejscowienia i charakteru tego szmeru. Nasz więc i pod tym względem przedstawia się wyjątkowo, wskazując jednocześnie, że silny szmer rozkurczowy nie przemawia przeciwko połączeniu tętnicy głównej z tętnicą płucną; może on w tych razach powstawać i przy zupełnie niezmienionych zastawkach tętnicy płucnej, jak było w przypadku naszym, dzięki spotykaniu się i wzajemnemu uderzaniu się o siebie fal krwi w rozszerzonej i nieco wypuklonej tętnicy płucnej; możliwe przedostawanie się krwi z tętnicy głównej do tętnicy płucnej i podczas rozkurczu także nie może nie sprzyjać powstaniu omawianego szmeru.

Wyżej już nadmieniłem, że myśl o niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej powstawała i za życia chorej, lecz była odrzuconą, ponieważ szmer rozkurczowy w okolicy osłuchiwania tętnicy głównej był na tyle słaby, że uważaliśmy go za udzielony z tętnicy płucnej; inne objawy również przemawiały za naszem rozpoznaniem. Sekcya wykazała, że pod tym względem byliśmy na drodze zupełnie błędnej. Podobna pomyłka rozpoznawcza może być wytłómaczoną tem, że niedomykalność zastawek tętnicy głównej była bardzo nieznaczna, wskutek czego cechujące ją objawy były bardzo niewyraźne i znajdowały sobie lepsze wyjaśnienie w rozpoznaniu *„Endocarditis ulcerosa maligna in valvulis art. pulmonalis. Ductus arteriosus Botalli persistans“*

Co się tyczy wreszcie powikłań w przebiegu choroby, to sekcya w zupełności potwierdziła nasze rozpoznanie kliniczne.

Piśmiennictwo. 1) Baginsky: Berlin. medic Geselschaft. Sitz. vom 26 März 1879. (Berliner klinische Wochenschrift. 1879, str. 439). 2) Caesar: Case of malformation of heart and abscess of brain; unusual contents. (The Lancet Vol. II for 1888, pag. 768.) 3) Elliotson: Case of malformation on the pulmonary artery and aorta. (The Lancet 1830, str. 247). — 4) Fränkel: Ein Fall von abnormer Communication der Aorta mit der Arteria pulmonalis. (Virchow's Archiv 1868, t. 43, str. 420). — 5) Girard: Ueber einen Fall von congenitaler Communication zwischen Aorta und Arteria pulmonalis. (Züricher Dissertation. Biel 1895). — 6) Cazin: Communication congénitale entre l'aorte et l'artére pulmonaire sans persistance du canal artériel. (Thèse de Paris 1897). — 7) Rickards: Communication between the aorte and pulmonary artery and between the left and right ventricles; two aortic segments. (British medical journal 1881. vol. II, pag. 71). — 8) Brocq: Étude sur les communications entre l'aorte et l'artére pulmonaire autres que celles qui résultent de la persistance du canal artériel. (Revue de médecine 1885. t. V, str. 1046—1056 i 1886, t VI, str. 786—816). — 9) Gerhardt: Persistenz des Ductus arteriosus Botalli. (Jenaische Zeitschrift für Medicin und Naturwissenschaft. 1867, t. 3, str. 105—117). — 10) Bernutz: De la persistance du canal arteriel. (Arch. genéral de medicine. 1849. t. 20, str. 415. — 11) François-Franck: Sur le diagnostic de la persistance du canal arteriel (Gazette hebdomadaire de médecine et de chir. 1878. t 15, str. 588). — 12) Przytaczam według Vierordta: Die angeborenen Herzkrankheiten. (Nothnagels specielle Pathologie und Therapie 1898, t. XV. część I. połowa 2). — 13). Hochhaus: Beiträge zur Pathologie des Herzens. (Deut. Arch. f. klin. Medicin. 1893. t 51, str. 1—10). — 14) Durozier: Mémoire sur la persistance du canal artériel sans autre communication. (Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie 1862, str. 279). — 15) Luys: Persistance du canal arteriel chez une femme âgée sans communication á travers la paroi soit interauriculaire soit interventriculaire du coeur. (Mémoires de la Société de Biologie 1855, str. 74). — 16) Darier: Persistance du canal artériel chez une femme de Slans. (Bulletins de la Société anat. de Paris, 1885, str. 55). — 17) Gibson: Persistence of the arterial duct and its diagnosis. (Edinburgh medical journal. 1900. Przytaczam podług Virchow's Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin. 1900, część II, str. 199). — 18) Burghart: Ein Fall von offenstehendem Ductus Botalli. (Deutsche medicinische Wochenschrift. 1898, N. 37 (V. B., str. 273). — 19) Zinn: Nachweis einer Anomalie des Herzens durch Röntgenstrahlen. (Deutsche medicin. Wochenschrift 1898, N 8 (V. B., str. 41). — 20) Müller: Zur Lehre von den angeborenen Herzkrankheiten. (Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte 1900. N 15).

V. Wyciągi.

Scheuer. **Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 7). Autor przytacza trzy własne przypadki w chirurgii dróg żółciowych. W przypadku pierwszym wystąpiła gorączka, żółtaczka, dreszcze, powiększenie wątroby, oraz obrzęk bardzo dobrze dającego się wymacać woreczka żółciowego. Na podstawie tych objawów rozpoznano kamicę żółciową z następowem zapaleniem ropnem woreczka żółciowego. Operowano trzy razy: w pierwszej operacyi znaleziono wprawdzie 12 kamyków żółciowych w woreczku, jednakże przewód żółciowy wspólny był zupełnie wolny; poprzestano na cholecystostomii, po której pozostała uporczywa przetoka żółciowa; przy drugiej, wykonanej w przypuszczeniu zamknięcia przewodów żółciowego wspólnego lub wątrobowego, znaleziono te przewody zupełnie drożne dla grubych zgłębników; w trzeciej przypuszczano załamanie przewodu żółciowego, czego nie znaleziono i zrobiono cholecystoenterostomię. Po czterech miesiącach chora umarła, a sekcya wykazała brak zmian w błonie śluzowej dróg żółciowych i brak kamieni, a natomiast w okolicy wzgórka Vatera znajdowało się miękie owrzodzenie o brzegach ostrych, naciekłych; trzustka była nie zmieniona, gruczoły nie powiększone. Badanie drobnowidowe wykazało w tej owrzodziałej tkance utkanie rakowe o komórkach walcowatych, charakterystycznych dla raków, pochodzących z błony śluzowej jelit. Przypadki podobne do opisanego należą do rzadkości, a najbardziej zastanawiającym a niewytłómaczonym objawem w przypadkach raka wzgórka

Vatera jest żółtaczka przy zupełnie drożnych przewodach żółciowych. Leczenie operacyjne jest z powodu bliskości dużych naczyń krwionośnych bardzo trudne; ograniczyć się musimy do wytworzenia komunikacyi między woreczkiem żółciowym a dwunastnicą.

W przypadku drugim powstały u młodego chłopaka po dźwiganiu ciężaru bóle i kłócie w krzyżach, bóle w piersiach i w brzuchu, gorączka i żółtaczka, przyczem wątroba sięgała dwa palce niżej pępka. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono wątrobę powiększoną, siną, pęcherzyk żółciowy mały, przewód żółciowy nie rozszerzony. Przy nakłóciu wątroby wydobyła się znaczna ilość żółci płynnej; na tej podstawie rozpoznano zapalenie przewodzików żółciowych z następowem ich zaczopowaniem. Zabieg leczniczy polegał na tem, że zrobiono głębokie na 6 ctm. nacięcie miąższu wątrobowego Paquelinem, przyczem natrafiono na większy przewód, z którego wylała się żółć pod znacznem ciśnieniem. Krwotok przytem był bardzo nieznaczny, a wynik znakomity, chory bowiem po dwóch miesiącach wyzdrowiał. Sposób ten „paquelinizowania" miąższu wątrobowego stosowany bywa i w innych przypadkach, mianowicie Hirschberg poleca go i przy marskości wątroby. Przypadek trzeci zbliżony jest do drugiego, tylko że tu powstał ropień w wątrobie, który przecięto przez opłucnę; przypadek ten skończył się zupełnem wyleczeniem. Autor przypuszcza, że przypadek trzeci jest jakby następstwem postaci chorobowej, opisanej w przypadku drugim. W obydwu były duże przewody żółciowe wolne, kamieni żółciowych nie było, a etyologia niejasna. *B. Żmigród.*

König. **Sposób pokrycia ubytków skrzydeł nosowych.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 7). Zamiast pokryć ubytek skrzydła nosowego skórą nosa lub ze sąsiedztwa, co już samo przez się, dając dużą bliznę, wywołuje znaczniejsze oszpecenie, niż sam ubytek skrzydła nosowego, autor w przypadku swoim pokrył z bardzo dobrym skutkiem ubytek taki, wywołany wilkiem u 17-letniej panienki, płatem odpowiedniej wielkości, wziętym z małżowiny usznej przez wszystkie warstwy. Przyrośnięcie płata przypisuje autor właściwości małżowiny usznej, a szczególnie jej chrząstce, która przy nie bardzo nawet dobrych warunkach odżywiania i przy skąpem unaczynieniu dalej istnieć może; jednakże warunkiem koniecznym jest dokładne przyleganie płata i założenie utrwalających szwów bez ucisku i napięcia. Aby pokryć ubytek, powstały w skrzydle nosowem wskutek sprawy gruźliczej lub wilkowej, musimy wziąć podwójny płat skóry, by po części zastąpić skórę, chrząstkę i błonę śluzową skrzydła; przez pokrycie ubytku częścią małżowiny usznej stwarzamy prawie fizyologiczną plastykę, dając dwie warstwy skóry i chrząstkę. Ubytek na małżowinie wypełnia się blizną, lub w najgorszym razie możemy zakryć go włosami. *B. Żmigród.*

Wenzel. **Przyczynek do leczenia stulejki.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* 1902, Nr. 7). Chcąc uniknąć krwawej operacyi stulejki, rozszerza Schilling otwór napletka i następnie ściąga go poza żołędź, wyzyskuje żołędź, jako klin. Na oddziele Witzela wprowadza się po poprzedniem rozciągnięciu otworu i rozerwaniu zrostów zgłębnikiem gałkowatym, szczypczyki anatomiczne pod napletek, i niemi wykonuje się rozszerzenie. Po 2—4 rozszerzeniach napletek daje się swobodnie ściągnąć za żołędź; by zaś zapobiedz ponownym zrostom, powleka się napletek i żołędź byroliną. Metoda ta stosuje się zwykle do czwartego roku życia, a warunkiem koniecznym jest brak stanu zapalnego napletka lub żołędzi; w tych zaś razach należy się uciec do operacyi krwawej. Autor podaje jeszcze sposób Witzela krwawej operacyi stulejki, polegający na tem, że podnosi się dwoma szczypczykami napletek od strony więzadełka i grzbietu, następnie wykonuje się cięcie owalne nad szczypczykami tylnemi z jednej i drugiej strony. Sposób ten ma tę zaletę, iż odsłania zupełnie powierzchnię żołędzi i ujście zewnętrzne cewki, podczas gdy rowek zażołędziowy aż do korony żołędzi zostaje dobrze pokryty przez pozostały płatek napletka. Brzegi obu warstw napletka łączy się szwem katgutowym, by sobie oszczędzić wyjmowania szwów, które szczególnie dla dzieci jest bardzo przykrem. Nad obrzezaniem Rosera ma ten sposób tę wyższość, iż daje pod względem kosmetycznym lepsze wyniki, nad cięciem bocznem zaś, że nie pozostawia fartuszkowatych płatów napletka. *B. Żmigród.*

W. Perlis. **Przyczynek do chirurgii moczowodów.** (*Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynäc.* Tom XV, Zeszyt 3, 1902). Najczęstsze zranienia moczowodów zdarzają się przy wyłuszczaniu całkowitem macicy przez pochwę z powodu włókniaków i raków (2—3%); o wiele rzadziej przy laparotomii (0·2%). Od dawnego już czasu szukają chirurdzy sposobu leczenia tych zranień, które w miarę ulepszeń techniki chirurgicznej, aseptyki, a wreszcie dzięki cystoskopii, doprowadzono już prawie do doskonałości. Jedną z najstarszych operacyj w tym kierunku jest wyjęcie odpowiedniej nerki (*nephrectomia*, Simon 1869). Autor radzi nie wykonywać jej zaraz po stwierdzeniu zranienia, ale skończyć operacyę właściwą, wszyć dośrodkową część moczowodu w ranę brzuszną, a dopiero po kilku tygodniach przystąpić do wyjęcia nerki, przez ten czas zaś przeprowadzić bardzo dokładne badania nad nerką drugą, co do jej istnienia (wrodzony brak) i sprawności. Przez ten czas przyzwyczaja się ją również do stopniowego objęcia czynności za nerkę drugą; wreszcie przy takiem postępowaniu nie przedłuża się niepotrzebnie uśpienia i nie dodaje się do operacyi głównej jeszcze drugiej, również ciężkiej, której chora może nie przetrzymać. Drugą metodą jest podwiązanie dośrodkowej części moczowodu (Guyon, 1892), następstwem czego ma być zanik nerki. Metoda ta nie różni się prawie niczem od natychmiastowego wyjęcia nerki, a zachodzi tu prócz powyższych jeszcze niebezpieczeństwo pęknięcia podwiązanego moczowodu i wylania się moczu do jamy brzusznej. Dlatego dobrze jest przy wyborze tej metody wszyć moczowód w ranę brzuszną (Fraenkel). Trzecia metoda polega na bezpośredniem zeszyciu przeciętych części moczowodu (*uretero-ureterorrhaphia*) i to albo poprzeczne *u.-ur. transversa*), albo ukośnie (*obliqua*), albo po wpochwieniu części dośrodkowej w obwodową. Metody tej używa się z bardzo dobrym skutkiem tak przy przecięciu, jak i przy wycięciu kawałka moczowodu, jeżeli ubytek nie przenosi 5 ctm. Inna znowu metoda polega na wszyciu dośrodkowej części moczowodu zaotrzewnowo do moczowodu strony przeciwnej; jako bardzo niebezpieczna mało jest używaną. Jest jeszcze metoda, polecająca wszyć moczowód do rozmaitych części jelita grubego; najlepsze wyniki daje *uretero-colostomia* i *uretero-coprostomia;* zawsze jednak zachodzi niebezpieczeństwo mogącego powstać zakaźnego wstępującego zapalenia nerek; dlatego i ta metoda jest prawie zarzucona. Wreszcie metoda przeszczepiania (transplantacyi) moczowodu do pęcherza (*coelio-uretero-cystostomia*)*:* śródotrzewnowa (Krause) — najgorsza; zaotrzewnowa (Mackenrodt-Veit) — najtrudniejsza — i mięszana (Witzel) — najlepsza.

Na podstawie własnego doświadczenia i statystyki innych autorów poleca Perlis jako najlepsze metody: bezpośrednie poprzeczne zeszycie — przy przecięciu górnych części moczowodu; metodę Witzla — przy zranieniu dolnych części, wreszcie nefrektomię jako ostatnią ucieczkę przy zastosowaniu powyższych uwag. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Braunstein. **Znaczenie nakłócia lędźwiowego przy rozpoznawaniu powikłań wewnątrzczaszkowych w przebiegu zapalenia ucha środkowego.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde* Tom 54). Od pięciu lat w klinice usznej w Hali wykonuje się nakłócie lędźwiowe w przypadkach powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego, mianowicie w celu stwierdzenia lub wykluczenia ropnego rozlanego zapalenia opon mózgowych. Rzecz to jest nadzwyczajnej wagi wiedzieć, czy mamy do czynienia z rozlanem zapaleniem opon mózgowych, czy też z innym rodzajem powikłania, od tego bowiem może zależeć zaniechanie lub względnie zabieg operacyjny. Wykonano nakłócie lędźwiowe wogóle 67 razy u 48 chorych. Najmniejsza ilość otrzymanego płynu wynosiła 13 ctm., największa 70 ctm.; przeciętnie wypuszczano 30—40 ctm.; przy tej ilości można przypuścić, że płyn pochodzi nietylko z kanału pacierzowego, ale i z czaszki, i jeżeli w płynie tym znajdziemy jakie zmiany, to możemy wnosić, że zmiany te pochodzą ze spraw, toczących się w jamie czaszkowej. Otrzymany przez nakłócie lędźwiowe płyn badano mikroskopowo i na drobnoustroje; innych badań nad płynem tym nie przeprowadzano, uważając badanie w tych dwóch kierunkach za rzecz najważniejszą; inne badania, według doświadczeń zobranych w Hali, nie mają prawie żadnego znaczenia rozpoznawczego. Przypadków śmierci bezpośrednio po nakłóciu obserwowano dwa, z których tylko w jednym można z większem prawdopodobieństwem przyjąć związek między zejściem śmiertelnem a nakłóciem. W przypadku tym po otrzymaniu 50 ctm. 50 ctm. płynu; zrobiono jeszcze aspiracyę zapomocą strzykawki wystąpił nieprawidłowy oddech, sinica i chory w 15 minut skończył. Rieken ostrzega przed aspiracyą po nakłóciu lędźwiowem, może to bowiem zbyt obniżyć ciśnienie wewnątrzczaszkowe. B. powiada, że w żadnym z dotąd znanych przypadków śmierci po nakłóciu nie można bezwzględnie pewnie powiedzieć, że śmierć nastąpiła wskutek samego zabiegu.

Przy badaniu samego płynu przywiązuje się szczególniejszą wagę do wyniku ujemnego badania, co ma świadczyć o nieistnieniu rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych. Badanie płynu dało u 25-ciu chorych wynik ujemny, 10-ciu z tych było następnie przez operacyę uratowanych. U 18-tu chorych badanie dało wynik dodatni; we wszystkich tych przypadkach dalszy przebieg choroby i sekcya potwierdziły rozpoznanie, zrobione na zasadzie wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, t. j. rozlane ropne zapalenie

opon mózgowych. We wszystkich tych przypadkach płyn zawierał znaczniejszą liczbę białych ciałek krwi i drobnoustroje. Według doświadczeń, zebranych w klinice w Hali zawartość większej ilości białych ciałek krwi w płynie wystarczy do zrobienia rozpoznania rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych. Płyn we wszystkich tych przypadkach był mętny. Nie wszyscy autorowie mieli takie wyniki. Stadelmann i Braun czasem otrzymywali przy zapaleniu opon płyn zupełnie czysty. B. mówi, że albo leży tutaj błąd w wykonaniu badania, albo mogły to być przypadki ograniczonego zapalenia opon.

Co do gruźliczego zapalenia opon, to B. na zasadzie pięciu przypadków nie wyciąga żadnych wniosków. W jednym przypadku stwierdzono w płynie prątki Kocha bezpośrednio po nakłóciu pod mikroskopem jeden raz — drogą doświadczenia na zwierzętach w ośm tygodni po nakłóciu. Inni autorowie mieli lepsze wyniki; najlepsze miał Bernheim i Moser, którzy w 73% przypadków stwierdzili w płynie prątki Kocha. Wogóle wykrycie prątków z powodu małej ich ilości w płynie jest trudne. Częściej zauważano opalizacyę płynu mózgowo-rdzeniowego w zapaleniu gruźliczem opon. Reasumując wyniki badań, B. twierdzi, że jeżeli przy nakłóciu lędźwiowem w przypadkach powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego otrzymamy płyn prawidłowy, wyklucza to zapalenie ropne rozlane opon mózgowych; jeżeli przy nakłóciu otrzymamy płyn mętny ze zwiększoną ilością białych ciałek krwi, względnie z zawartością drobnoustrojów, przemawia to za zapaleniem rozlanem ropnem opon. *Dr. Teofil Zalewski.*

Dr. Ph. Bockenheimer. **Przyczynki do poznania tarni dwudzielnej.** (*Archiv Langenbecka* 1902, T. 65, Z. III). Opierając się głównie na badaniach anatomicznych v. Recklinghausena, Muscatella i Hildebrandta, przyjmuje B. cztery odmiany tarni dwudzielnej: 1) *rhachischisis*, 2) *myelocele*, 3) *myelocystocele* i 4) *meningocele*. Pierwsza odmiana łączy się z tylu jeszcze innemi wadami rozwojowemi, że nigdy nie bywa przedmiotem chirurgicznego leczenia. Inaczej trzy pozostałe. Temi więc wyłącznie zajmuje się B. w dalszym ciągu.

Myelocele powstaje w pierwszych dwunastu dniach życia płodowego, zanim jeszcze kanał środkowy rdzenia zdołał się zamknąć. Znajdujemy więc rdzeń od tyłu rozwarty aż do kanału środkowego, a w dalszym ciągu rozszczepione opony, łuki kręgów, mięśnie i skóra.

Skutkiem zaś ograniczonej puchliny przestworu pod oponą twardą lub pajęczą od strony trzonów kręgów rozszczepiony rdzeń wypchniętym zostaje przez rozszczep w łukach kręgów na zewnątrz. Tworzy się guz, a na nim możemy rozróżnić trzy strefy: 1) obwodowo *zona dermatica* z porozszerzanemi naczyniami, silnie uwłosiona; 2) pośrodku *zona epithelio-serosa*, wynicowana naczyniówka, pokryta naskórkiem, który na nią przerósł ze strefy poprzedniej, i 3) w samym środku *zona medullo-vasculosa*, (rozszczepiony rdzeń) podobna do zapalnie zmienionej błony śluzowej jelit, a na niej w okolicy górnego i dolnego bieguna otwory, prowadzące do kanału środkowego rdzenia. Rdzeń w tej okolicy skutkiem maceracyi w wodach płodowych, jak niemniej i skutkiem różnych często zakaźnych wpływów w życiu pozapłodowem, ulega zwyrodnieniu. Obok tego skutkiem wypadnięcia rdzenia na zewnątrz, zostają naciągnięte korzenie nerwów i to bardziej delikatniejsze gałązki ruchowe, aniżeli czuciowe. Ztąd wielorakie porażenia ruchowe przy małych zmianach czuciowych. Często spotyka się zmiany odżywcze w skórze, przepukliny pępkowe, rzadziej wodogłowie. Noworodki, dotknięte tem cierpieniem, są źle rozwinięte i mało odporne. *Myelocele* spotyka się najczęściej w okolicy lędźwiowej, potem w części szyjnej piersiowej, najrzadziej w okolicy krzyżowej.

Drugą odmianą tarni dwudzielnej jest *myelocystocele*. Zdaniem v. Recklinhausena wada ta powstaje w trzecim tygodniu życia płodowego, kiedy kanał środkowy rdzenia już się zamknął, ponad nim zrasta się skóra, jedynie w kościach kręgosłupa i w oponie twardej utrzymuje się szczelina. Skutkiem zaś tego, że kręgosłup u takich noworodków jest krótszy, niż to bywa prawidłowo, jak niemniej i z tej przyczyny, że w kanale środkowym rdzenia, w miejscu odpowiadającem szczelinie kostnej, powstaje ograniczony obrzęk (*hydrops*), rdzeń wypukla się na zewnątrz pod skórę. Klinicznie sprawa ta przedstawia się jako guz na szerokiej szypule, pokryty zwykle skórą mało zmienioną, silnie uwłosioną z porozszerzanemi naczyniami.

W późniejszych okresach skóra może owrzodzieć, a nawet pęknąć. Guz jest miękki, chełbocze, daje się odprowadzić do kanału kręgowego. Częstem powikłaniem jest tu wodogłowie. Rzadkiemi są natomiast porażenia, zwłaszcza na większej przestrzeni, z tych zaś względnie często widujemy porażenia pęcherza i odbytnicy. Porażenia te występują powoli i kolejno, jako wyraz postępującego zwyrodnienia rdzenia skutkiem ucisku przez obrzęk (*hydrops*) kanału środkowego rdzenia. Szczelina w kościach jest mała, najczęściej w zakresie kręgów lędźwiowych, rzadziej w okolicy szyjnej, najrzadziej w piersiowej.

Trzecią odmianę stanowi *meningocele* przez wielu, np. przez v. Bergmanna, nie uznawana. Cierpienie to niema właściwie nic do czynienia z rdzeniem. Skutkiem luki w łukach kręgowych i w oponie twardej i ograniczonego obrzęku przestworów podoponowych, błony te zostają wypuklone w kształcie guza pod skórę. Przy tej odmianie tylko wyjątkowo spotykamy porażenia, i to zwykle dopiero po latach. Porażenia te tłómaczyć sobie należy tak, iż w miarę jak guz się powiększa, korzenie nerwowe ulegają naciągnięciu, a potem maceracyi przez otaczający je płyn mózgowo-rdzeniowy.

Kliniczne objawy tej odmiany są bardzo podobne do poprzednich, z tą jeno różnicą, że guz ten zwykle do kanału kręgowego odprowadzić się zgoła nie daje. Najczęściej *meningocele* spotyka się nad kością krzyżową.

Rozpoznanie różniczkowe tych trzech odmian zrobić można na podstawie tego, cośmy poprzednio powiedzieli.

Opisane wyżej trzy odmiany tarni dwudzielnej powinne być jak najrychlej operowane. Przyczyn, nakazujących leczenie operacyjne, jest wiele (ewentualność pęknięcia powłok skórnych i zakażenie wnętrza, postępujące porażenie i t. d.); od operacyi jednak wykluczyć należy przypadki; 1) powikłane innemi zniekształceniami; 2) wodogłowiem; 3) rozległemi porażeniami.

Zależnie od rodzaju tarni dwudzielnej technika operacyjna w szczegółach przedstawiać się będzie rozmaicie; najłatwiejsze warunki dla operacyi przedstawia *meningocele*.

W dwóch innych rodzajach postępować trzeba ostrożnie i o ile możności oszczędzać rdzeń i włókna nerwowe. W bliższe szczegóły techniki operacyjnej na tem miejscu wdawać się nie możemy. Zaznaczyć jednak należy, że w ostatnich czasach za wiele interesu poświęcono sprawie plastycznego pokrycia szczeliny w kości (łukach kręgowych). Wedle statystyki Bayera, obejmującej liczne operowane przypadki, w których tarń dwudzielną pokrywano tylko płatami skórnymi, a wcale nie używano do tego celu płatków z blaszki kostnej, w jednym tylko przypadku zdarzył się nawrót cierpienia. *Herman.*

Dr. W. Thorner. **Przypadek tętniącej żyły naczyniówki.** (*Archiv f. Augenheilkunde* 1902, XLV, I). Znane jest zjawisko tętnienia w żyłach siatkówkowych w chorobach układu naczyniowego ustroju, lub samego oka. Przypadek zaś tętnienia żyły naczyniówkowej po raz pierwszy autor widział i opisuje w oku dotkniętem krótkowzrocznością znacznego stopnia, rozległym tylnym garbcem i licznemi na dnie oka rozsianemi ogniskami chorobowemi w naczyniówce. Tętnienie było jednoczesne z tętnieniem tętnicy sprychowej, słabło przy ucisku gałki ocznej palcem, a znikało zupełnie przy jeszcze większym ucisku. Autor przypuszcza, że to zjawisko stoi w związku z tylnym garbcem i wynikłemi ztąd zmianami w krążeniu krwi w naczyniach na tylnym biegunie gałki ocznej. *Dr. Jan Kreutz.*

A. Mac Lane Hamilton. **Przedwczesna starość.** (*Medical Record — Philad. Med. Journal* 4 stycznia 1902 r.). Na podstawie badania wielkiej liczby przypadków przedwczesnej starości dochodzi autor do przekonania, iż wiele objawów, szczególnie dotyczących zaburzeń w układzie nerwowym, które często bywają nierozpoznane, należy odnieść do poczynającego się zwyrodnienia naczyń. Przy osłabieniu sfery umysłowej lub wogóle wobec zmian psychicznych, trzeba zwracać baczną uwagę na stan serca i naczyń, a często przekonamy się o wystąpieniu stwardnienia tętnic. Zawroty głowy również są ważną wskazówką, świadczącą o postępującej miażdżycy tętnic mózgowych. Przedwczesne starzenie się, względnie zużycie naczyń bywa, jeśli nie wywołane, to przyspieszone głównie przez nadużycia w jadle, niewstrzemięźliwość w stosunkach płciowych, w nadużywaniu wyskoku i tytoniu. *St. Rudzki* (Ptbg.).

Witosław Dąbrowski. **Badania nad zarazkiem ospy.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Po streszczeniu historyi badań bakteryologicznych zarazka ospy przystępuje autor do opisu własnych poszukiwań. Zarazków szukał nie w krowiance lub krostach powstałych po jej zaszczepieniu, jak to czyniła dotąd większość badaczy, lecz we krwi, ropie i zawartości krost, chorych na ospę. Badania te wykryły stałą obecność w krostach, ropniach i krwi pasorzytów dwojakiej postaci: ziarniaków większych i drobnych ciałek, które, zdaniem autora, są różnoczasowemi formami jednego i tego samego pasorzyta, nie należącego prawdopodobnie do pierwotniaków. Szczepienia ropy i krwi na agarze dały wyniki dodatnie. Na zwierzętach doświadczeń nie czyniono, wobec czego autor wstrzymuje się od stanowczego wypowiedzenia zdania. *Dr. Czaplicki.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Glykogenal. (*E. Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Ostatnie badania Luschiégo (*Policlinico*, 1900, 8 grudzień) i Teissiera (*Sem. medic.*, 1901, Nr. 1) bardzo się przyczyniły do wyjaśnienia roli glikogenu, jak również bardzo do niego zbliżonego glikogenalu w przebiegu niektórych zatruć i zakażeń. Badania Luschiego, podobnie jak dawniejsze Röriga (*Merck's Bericht* 1900, str. 104) wykazały, że przy sztucznie wywołanych zatruciach i zakażeniach zawartość glikogenu w wątrobie znacznie się zmniejsza, a nawet może zupełnie zaniknąć. Według Teissiera w niektórych zatruciach glikogen działa jako pewny środek przeciwtrujący, np. w zatruciu nikotyną; wobec niektórych trucizn zachowuje się obojętnie (strychnina); w pewnej zaś grupie zatruć potęguje nawet działanie toksyn (np. działanie toksyn prątka błonicy, lub zapalenia płuc). Wyprowadzone ztąd teoretyczne wskazanie podawania glikogenu lub glikogenalu w przebiegu niektórych chorób zakaźnych potwierdzają dotychczasowe badania, dotyczące gruźlicy i innych chorób.

Rörig stosuje z dobrym skutkiem wstrzykiwania glikogenalu w próchnicy kości i wilku; pendzlowania miejscowe w gruźlicy krtani; wreszcie wziewania w przebiegu gruźlicy płuc. Do tego ostatniego celu używa Rörig przyrządu do wziewania proszku Dra Schenka z Kolonii. Wstrzykiwania podskórne glikogenalu Rörig zarzucił, natomiast podaje środek ten wewnętrznie w następującej formie: *Rp. Glycogenali 1·0—1·5, Ammonii carbonici 0·05 mfp. d. t. d. Nr. X, S. Co rano naczczo proszek w kieliszku niezbyt zimnej wody.* Pierwszy posiłek w dwie godziny po przyjęciu leku; używanie płynów możliwie ograniczyć.

Dalej zalecają glikogenal jako swoisty środek leczniczy w płonicy i błonicy płoniczej. Działanie ma występować już po kilku godzinach. Stosowany przez czas dłuższy glikogenal usuwa migrenę, również ma leczyć wszystkie świeże przypadki choroby Basedowa; a w przypadkach zastarzałych tego cierpienia przynajmniej przynosi znaczną ulgę. Jako bardzo skuteczny środek polecają go w przewlekłych ropieniach (n. p. w przetokach zębowych, lub ropotoku usznym). W tych przypadkach stosować go należy miejscowo. W przypadkach ostrej chrypki nieżytowej płókanie ciepłym rozczynem glikogenalu sprowadza szybką poprawę. Według Blumenthala i Wohlgemutha glikogenal pobudza wydzielanie pepsyny; ztąd skutecznym jest w chorobach żołądka ze zmniejszonem wydzielaniem kwasu żołądkowego (np. rak żołądka). W przypadkach ostrych, np. w płonicy, najlepiej stosować według tej formułki: *Rp. Glycogenali 1·0, Glycerini 3·00, Aquae fontis 50·00. S. Co 1—2 godz. zażywać pełną łyżeczkę.* W ropieniu ucha środkowego, przetokach zębowych: *Rp. Glycogenali 0·5, Glycerini, Aquae dest. aa 20·00. S. Po przestrzykaniu ucha wodą 1—2 razy dziennie zapuszczać.* W razie używania glikogenalu do wstrzykiwań należy go poprzednio z alkoholem wygotować. Cena 1 grm. = około 60 halerzy. *Dr. T. Ż.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w dniu 19 listopada 1901 r. Obecni: Prezes Łazarski, Dr. Dr. Ponikło, Kohn, Trzebicky. Przewodniczący odczytał dziennik do Nru 362 włącznie. Sprawę Kasy chorych w Wieliczce oddano do referatu Drowi Trzebickyemu, a Drom S. i P. odpowiedziano na razie, że Izba nic zrobić nie może. Udzielono zapomogi po 50 K. paniom Z., Ś., K., C. i D. Uchwalono zaproponować pełnej Izbie przyłączenie się do wszelkich kroków, podjętych przez inne Izby w celu uwolnienia lekarzy, posiadających apteki domowe, od przymusu brania materyałów z apteki najbliższej. Ref. Dr. Łazarski.

Uchwalono zwołać posiedzenie pełnej Izby na dzień 21 grudnia i ułożono porządek dzienny. Przewodniczący odczytał pismo c. k. Namiestnictwa, przekazujące majątek gremium chirurgów w kwocie 2418 K. 80 h. wraz z odsetkami i sprzętami na własność Izby. Sprawę ordynowania trucizn, poruszoną pismem c. k. Sądu w Żywcu, załatwiono w myśl wniosku referenta Dra Ponikły.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-gal. w dniu 10 grudnia 1901 r. Obecni: Dr. Dr. Łazarski, Ponikło, Walczyński, Trzebicky. Uwolniono od wkładek Drów Z, M, i S. Na wniosek Dra Ponikły uchwalono odpowiedzieć Tow. samopomocy lekarzy, że proponowana przez to Towarzystwo zmiana druków do wykazów szczepienia ospy w myśl relacyi lekarzy powiatowych jest niepraktyczna. Na wniosek Dra Ponikły uchwalono przedstawić pełnej Izbie rezolucyę o konieczności i użyteczności ustanowienia instytucyi lekarzy szkolnych, na razie w większych miastach. Udzielono pani C. zapomogi w kwocie 100 K.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-gal. w dniu 21 stycznia 1902 r. Obecni Dr. Dr. Łazarski, Ponikło, Kohn, Trzebicky. Udzielono zapomogi po 100 K. paniom B. i R., po 50 K. paniom B. i K. Uwolniono Dra S. z M. od wkładki za rok 1902., Dra A. od zaległości i wkładki za rok 1902, Drów R. i G. od wkładki, Drowi G. zezwolono spłacać zaległości w ratach.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-gal. w dniu 11 lutego 1902 r. Obecni wszyscy członkowie Wydziału. Przewodniczący odczytał dziennik do L. 65 włącznie. Udzielono zapomogi po 50 K. pp. Z. i K. W sprawie podania o zapomogę Dra S. uchwalono zasięgnąć opinii miejscowych kolegów, a w razie przychylnej odpowiedzi udzielić mu 200 K. Uwolniono od zaległości i bieżącej wkładki Drów K. i K., a od bieżącej wkładki Drów S. i S. Pismo Dra E. w sprawie ubezpieczenia lekarzy uchwalono należycie rozpatrzyć. Ustanowiono dalej umeblować drugi pokój biura Izby.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-gal. w dniu 25 lutego 1902 r. Obecni Dr. Dr. Łazarski, Ponikło, Kohn, Trzebicky. Uwolniono od wkładki Drów K. i P., ostatniego także od zaległości. Drowi S. udzielono zapomogi w kwocie 200 K.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-gal. w dniu 11 marca 1902 r. Obecni wszyscy członkowie Wydziału. Prezes odczytał dziennik podawczy do L. 90 włącznie. Uchwalono wyrazić podziękowanie Drowi Opydzie za przemówienie w Radzie państwa. Uwolniono od zaległości i wkładki bieżącej Drów K. i W. W myśl referatu prezesa zgodzono się jednomyślnie na proponowaną przez delegacyę Izb zmianę ustawy o Kasach chorych majstrów. W sprawie wzywania adwokatów do rozpraw Rady honorowej uchwalono zatrzymać *status quo*. Wniosek Izby zarządzającej o wniesienie protestu wszystkich Izb przeciw udzieleniu koncesyi Stadlbauerowi na praktykę lekarską uchwalono złożyć *ad acta*. Postanowiono na wiecu Izb oświadczyć się za wnioskiem Izby styryjskiej, by sądy w każdym przypadku dochodzenia o błąd w sztuce *(Kunstfehler)* żądały opinii Wydziału lekarskiego.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach. gal. w dniu 29 kwietnia 1902 r. Obecni: Dr. Dr. Łazarski, Ponikło, Trzebicky, Walczyński. Udzielono zapomogi wdowom po lekarzach: p. S. 100 K. pp. K., B. i S. po 50 K. Przewodniczący odczytuje pismo Dra H. z J., żalącego się na fakt, że Dyrekcya szkoły realnej nie dała wiary jego świadectwu, wystawionemu dla jednego z uczniów. Uchwalono zażądać jeszcze od Dra H. bliższych wyjaśnień, a następnie przedłożyć sprawę pełnej Izbie z wnioskiem zażądania od Rady szkolnej wyjaśnienia, na jakiej podstawie Dyrekcya szkoły mogła w ten sposób postąpić. Zażalenie Dra R. z J. co do wystawienia przez technika D. tablicy z napisem »dentysta« oddano do referatu Drowi Ponikle. Prośbie Dra L. o wystawienie mu świadectwa, że zarabia najwyżej 100 K. miesięcznie, odmówiono. Uchwalono wydrukować w »Przeglądzie lekarskim« reskrypt ministerstwa sprawiedliwości, dotyczący dyet lekarzy-znawców. Postanowiono przyłączyć się do przedstawienia Izby styryjskiej, wystosowanego do ministerstwa spraw wewnętrznych, przeciw pozwoleniu urządzania zakładów leczniczych, w którychby wolno było ordynować wyłącznie tylko t. zw. »Naturheilärzte«. Uchwalono przyłączyć się do petycyi Izby wiedeńskiej w sprawie uregulowania praw techników dentystycznych. Petycyę Towarzystwa samopomocy lekarzy w sprawie ubezpieczenia lekarzy oddano do referatu Drowi Trzebickyemu z poleceniem przedstawienia referatu w pełnej Izbie. Sprawę Dra H., którego prokuratorya oskarżyła o oszustwo, ponieważ co do wydanej opinii nie zgadzał się ze zdaniem lekarza sądowego, uchwalono przedstawić pełnej Izbie z wnioskiem o zwrócenie się do ministerstwa sprawiedliwości z prośbą o ochronę lekarzy przed podobną samowolą prokuratoryi. Wreszcie uchwalono zwołać pełną Izbę na dzień 31 maja 1902 r.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie budowy schroniska na 500 umysłowo-chorych.

(Uchwała krajowej Rady zdrowia według referatu Dra *Wiktora Opolskiego,* c. k. radcy Rządu).

(Ciąg dalszy).

Przekonano się, że do leczenia psychicznego najlepiej nadają się zakłady, które konstrukcyą swoją bardziej uwzględniają indywidualność chorego i choroby, które choremu użyczają swobody bądź ograniczonej, bądź pełnej, o ile zdolnym jest korzystać z niej ze zrozumieniem.

Wzorem takiego sposobu traktowania chorych uleczalnych, o ile nie okazują dążności do bezcelowego ruchu i nie zdradzają gwałtownej ekspanzyi swoich obłędnych wyobrażeń i myśli, tudzież nieuleczalnych, a cieleśnie zdrowych, przytem karnych i spokojnych, są zakłady mięszane Stanowią one kompleks budynków pod wyłącznem kierownictwem naczelnego lekarza. Składają się z zakładu ściśle leczniczego, który przyjmuje także pewną kategoryę chorych chronicznych; dalej z kolonii willi rolnej i ogrodowej dla chorych uleczalnych i nieuleczalnych nadających się do robót; wreszcie z oddziału dla chorych nieuleczalnych w znaczeniu kalek umysłowych, którzy trzymają się przeważnie obłożnie, a w każdym razie potrzebują zamknięcia zakładowego. Przy takim systemie zakładowym pewien rodzaj chorych tak uleczalnych, jak nieuleczalnych, boleśnie odczuwa brak użycia wśród swoich, — życia rodzinnego, bo nic im tu nie przypomina, że znajdują się w domu obłąkanych. Przytoczeniem powyższego wzoru, niedającego się zresztą w całej rozciągłości zastosować w Kulparkowie z przyczyny niedostatku odpowiednich obszarów pod uprawę rolną, chcemy jedynie zwrócić uwagę na system, stanowiący przejście z zakładu ściśle zamkniętego, jakim jest zakład kulparkowski, do zakładu otwartego, w tem jednakże zrozumieniu, że zbliżając się do wyżej wskazanego wzoru, moglibyśmy chorym uleczalnym przez urządzenia techniczne dać choć w części takie warunki, jakie mają chorzy, prowadzeni systemem kolonialnym, rozmieszczeni po odrębnych pawilonach o drzwiach i oknach otwartych. Umieszczając w pojedynczych pawilonach tylko chorych uleczalnych, a zatrudniając ich, o ile nie potrzebują leczenia obłożnego, w sposób przy ustroju zakładu kulparkowskiego możliwy, zdziałamy dużo dla ich zdrowia. Uskutecznić się to da łatwiej odpowiednią, a tak ważną w leczeniu i pielęgnowaniu obłąkanych segregacyą według stanu chorobowego, rodzaju choroby, według indywidualności i temperamentu chorych, ich położenia społecznego i stopnia inteligencyi.

Odnośnie więc do kategoryi chorych uleczalnych, w takim zakładzie więziennym, jakim jest dzisiaj zakład kulparkowski, nie znajdziemy tego, co daje system pawilonowy. Z przeznaczeniem pawilonów dla chorych nieuleczalnych, jak chce mieć Wydział krajowy, zyska się wprawdzie dla form uleczalnych więcej miejsca w zakładzie macierzystym, ale nie zdoła się w nim stworzyć warunków wskazanych wymaganiami psychicznego leczenia. Nie można zaprzeczyć, że w zakładzie kulparkowskim dokonano niejednej reformy. Parter przeznaczono przeważnie dla chorych klasowych spokojnych, względnie dla chorych normalnych, to jest trzymanych według taksy dla 3. klasy, a należących do praaujących umysłowo.

Na pierwszem piętrze umieszczono infirmeryę dla chorych normalnych z osobną salą na infirmeryę dla chorych z inteligencyi. Drugie piętro w jednej połowie mieści chorych z inteligencyi, w drugiej zaś chorych, uznanych za nadających się do robót. Mniej spokojnych umieszczono w osobnym oddziale głównego zakładu, podczas gdy najniespokojniejsi zajmują osobny pawilon tuż obok zakładu.

Ten podział jest wprawdzie umiejętny, jednak nie podobna nie orzec, że zakład kulparkowski, o ile mamy na względzie jego charakter ściśle leczniczy, jest tylko rodzajem więzienia. Bolesny obraz takiego ustroju znajdujemy tam w oddziale dla padaczkowych niespokojnych i zarazem dla szałowych chronicznych.

W Kulparkowie brak tego ducha, jaki panuje w zakładach nowoczesnych. Zakład dla umysłowo chorych powinien przedstawiać jakoby świat dla siebie, czyniąc zadość słusznym wymaganiom ze stanowiska ludzkości i racyonalnej psychiatryi, a pod względem gospodarczym wykorzystując dla celów leczniczych ekonomiczne zdolności chorych, wogóle odwzorowując obraz bytu mieszkańców kraju, z których otrzymuje swoich chorych.

Nasuwa się więc sama przez się myśl, że skoro zakład kulparkowski dzięki troskliwości Sejmu ma otrzymać pawilony na 500 osób, powinien chorych uleczalnych oddzielić, umieszczając ich w pawilonach, a zakład główny przeznaczyć dla chorych nieuleczalnych.

Łatwiej przeboleć, gdy w gmachu głównym mieścić się będą sami nieuleczalni, jakkolwiek i między nimi znajdą się tacy, którzy przy większej swobodzie i dogodniejszych warunkach życiowych chętniejby i wydatniej do robót się przykładali i z pogodniejszem poddaniem się los swój znosili, o ileby go jeszcze z niejaką świadomością przy swoim przytępionym umyśle pojąć zdołali.

Krajowa Rada zdrowia wyraża zatem nadzieję, że Wydział krajowy w słusznem ocenianiu osobliwych postulatów leczenia psychiatrycznego tych obłąkanych, którzy są dotknięci chorobami, uważanemi za uleczalne, przychylić się raczy do wyrażonych tu zapatrywań i zarządzi, aby uchwalone pawilony zostały przeznaczone dla chorych uleczalnych i aby stosownie do tego przerobiono plany i kosztorysy.

O ileby z tego powodu zachodziła trudność o większe koszta budowy pawilonów, zastosowanych do wymagań o wyższych celach, to zdaje się, że prawdopodobnie nie przewyższyłyby one znacznie kwoty, przeznaczonej na pawilony dla nieuleczalnych.

W Alt-Scherbitz istnieje zakład, zbudowany według systemu pawilonowego na 960 chorych kosztem 1,571.807 mk, wraz z inwentarzem a bez policzenia wartości gruntu.

W tym zakładzie, uważanym przez świat lekarski za najlepszy, wprowadzono system budowy odrębnych pawilonów z wewnętrznem urządzeniem, które pod względem technicznego założenia przystosowane jest do wymagań psychiatrycznych według stopnia uleczalności chorych, stopnia uspokojenia psychicznego i według klasy utrzymania.

Koszta budowy tego zakładu wyniosły w przecięciu 1637 mk. na jednego chorego.

W sprawozdaniu przygotowanem dla Sejmu prosi Wydział krajowy o uchwałę, upoważniającą go do urządzenia schroniska wraz z dostarczeniem dobrej wody w granicach kredytu do wysokości 857 tysięcy koron, w czem na budowę schroniska o 7 pawilonach, z 2 domkami na pomieszczenie 2 lekarzy i 2 urzędników ekonomicznych (kosztem 30.000 K. obydwa domki) i na rozszerzenie urządzeń gospodarczych, na sprawienie inwentarza wraz z wewnętrznem urządzeniem pawilonów (ta ostatnia pozycya kosztem 100 tys. kor.), wogóle na budowę schroniska i wprowadzenie go w ruch, mieści się kwota 790 tys. K., odpowiadająca najzupełniej wydatkowi, na te same potrzeby poniesionemu w Alt-Scherbitz. Dla zachowania analogii pomijamy tu kwotę 67 tys. K. na sprowadzenie wodociągiem wody źródlanej i na zakupno gruntu, który wcina się klinem w teren pod budowę schroniska.

Otóż koszt budowy projektowanego schroniska na 500 chorych nieuleczalnych wynosi 1520 K. czyli 1267 mk. na jedno miejsce.

Nie można przeoczyć znaczenia kosztu, wykazanego w Alt-Scherbitz kwotą 1637 mk. w przecięciu, gdyż dla chorych klasowych postawiono tam odrębne pawilony z rachunkiem 1844 mk. na jednego chorego 1. klasy, a 1044 mk.

2. klasy. Koszt ogólnej budowy w stosunku jednego miejsca dla 3. klasy wyniósł 794 mk., czyli 993 koron.

Jeżeli się zważy, że w schronisku kulparkowskiem dla nieuleczalnych nie wiele się znajdzie chorych klasowych i że nie otrzymają osobnego pawilonu, urządzonego znaczniejszym sumptem, jakoteż, że w cenach budowy jednostkowych u nas prawdopodobnie nie będzie różnicy *in plus*, to wobec ceny 993 koron, przypadającej na jednego normalnego chorego w Alt-Scherbitz, przy założeniu, uwzględniającemu postulaty psychoterapeutyczne chorego uleczalnego, kwota preliminowana przez Wydział krajowy w wysokości 1520 K. na jedno miejsce dla chorego nieuleczalnego, mogłaby prawdopodobnie wystarczyć na budowę pawilonów dla chorych uleczalnych.

Przystępując teraz do zasadniczej myśli, powyżej streszczonej, że pawilony zająć powinni chorzy uleczalni, będziemy się starać liczbowo przedstawić, czy i o ile będzie można pawilony zapełnić chorymi uleczalnymi.

W sprawozdaniu z oddziału męzkiego zakładu Kulparkowskiego za lat 5, t. j. za lata od 1896 do 1900 r. znajdujemy, że rocznie przebywało w zakładzie w przecięciu 783 chorych męzkich, a w tej liczbie leczono na ostre, przeważnie uleczalne choroby w przecięciu 291 chorych, to jest 37·1%.

Prawdopodobnie odsetek obłąkanych uleczalnych będzie się wzmagać z każdym rokiem. Widzimy to z progresyi liczby uleczalnych na oddziele męzkim w latach powyżej podanych, która stale postępuje od 239 uleczalnych w r. 1896, do 324 w r. 1900, jako też z tego, że w krajach o wyższym dobrobycie i wyższej kulturze odsetek ten jest znacznie wyższy.

W zakładach krajowych niższo-austryackich w Wiedniu, Ybbs, Klosterneuburg, Jugging i Langenlois (sprawozdanie Wydziału krajowego za r. 1899) leczono 2524 mężczyzn, a w tej liczcie 1026 z chorobami ostremi.

W Feldcach koło Gracu (sprawozdanie Dyrekcyi zakładu za r. 1899) na 789 było 412 uleczalnych. Razem na 3313 osób ogólnego stanu, 1438 z chorobami uważanemi za uleczalne. To daje 43·4% uleczalnych. Dla kobiet w tych samych zakładach odsetek uleczalnych wynosił nawet 48·4%.

We wszystkich zaś zakładach dla umysłowo chorych w Przedlitawii (*Statistik des Sanitätswesens* za r. 1897) odsetek ten dosięgał prawie 50%. Na 20.852 obłąkanych było 10.317 chorych uleczalnych.

Wracając do Kulparkowa, przekonywamy się, że przeciętny dzienny stan leczonych na oddziale męzkim, wzięty ze stanu chorych w ostatnim dniu każdego grudnia w owem pięcioleciu wynosił 346 chorych. Stan ten wzmagał się stale z każdym rokiem i wzrósł z 327 na 369 chorych; zachodzi więc wielkie prawdopodobieństwo, że pewna progresya utrzyma się i w przyszłości.

Obliczenie, zrobione za okres wyżej podany, według przytoczonego stosunku liczbowego chorych uleczalnych do nieuleczalnych (291 : 783), uwzględniające zarazem wykazany w przybliżeniu stan dzienny chorych (346), pozwala przyjąć dla chorych uleczalnych na każdy dzień w owem pięcioleciu przeciętną liczbę osób 130, tj. (783 : 291 = 346 : x = 130).

Wyżej wskazaliśmy, że niedawno jeszcze system mięszanego zakładu uważany był za najodpowiedniejszy. Jest on i teraz ceniony. Jego zasada w rozmieszczaniu i grupowaniu chorych nie jest nozologiczna, jak bywało poprzednio w zakładach łączonych z sobą względnie. Przekonano się, że przy tym ostatnim systemie przytuliska wnet się przepełniały, pobierając z siostrzanych zakładów leczniczych przyrost nieuleczalnych, któremu odpływ nie był w stanie kroku dotrzymać. Przekonano się dalej, że wspólne przebywanie z chorymi uleczalnymi chorych nieuleczalnych, którzy przedstawiają łagodniejsze postacie chorobowe, dla chorych uleczalnych nie okazało się szkodliwem i wcale nie zacierało charakteru zakładu, jako leczniczego. Dla tego też odstąpiono od zasady dzielenia chorych według cechy nozologicznej, nie zawsze mogącej z całą pewnością stanowić o uleczalności chorego, jeno przyjęto za zasadę dzielić kategorye chorych według objawów zewnętrznych stanu chorobowego, oraz okresu i stopnia tego stanu, zatem stosownie do zachowania i wynurzania się chorego, odpowiednio do skali uspokojenia umysłowego, jego wrażliwości, a co mniej zaważy i — jego udolności roboczej.

Takich chorych znajdzie się wielu między cierpiącymi na obłąkanie przewlekłe ogólne i częściowe, jako też pomiędzy pomięszańcami z obłędem wielkości i obłąkanymi ze zmianami ogniskowemi mózgu, lub z nerwicami. Zakład kulparkowski, zastosowując u siebie taki sam system lokowania chorych, oparty na obserwacyi psychiatrycznej w wielu pierwszorzędnych zakładach, łatwo będzie mógł w nowych pawilonach do kontyngentu chorych uleczalnych dobierać nieuleczalnych, takich właśnie, którym ze względów psychiatrycznych, towarzyskich i wogóle ludzkich, przysługuje prawo korzystania z urządzeń lepszych.

Biorąc jednak pod uwagę fakt stałej progresyi liczby chorych uleczalnych, jak właśnie w ostatnich 5 latach na oddziale męzkim stwierdza się to liczbami 239 do 324, przychodzimy do smutnego przekonania, że nie długo czekając, —zapełnią się pawilony samymi przypadkami ostrymi. Statystyka wykazuje (*Oesterreichs Wollfarts-Einrichtungen*, 3-ci tom, p. 375), że w r. 1873 przypadał w Galicyi jeden umysłowo chory na 2492 mieszkańców, a już w 1896 r. 1 na 2089. Taką samą progresyę i znaczniejszą jeszcze znajdujemy we wszystkich innych krajach austryackich.

Wątpić nie można, że do znaczniejszego przypływu chorych w Kulparkowie z ostremi postaciami przyczyni się także zaufanie do zakładu, rozgłos o zakładzie nowożytnie przekształconym i wzorowo urządzonym. Zresztą w miarę organizacyjnego uwzględnienia potrzeb chorych, zwłaszcza opłacających wyższą klasę utrzymania, zakład sam wytworzy sobie siłę przyciągającą. (Ciąg dalszy nast.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 czerwca.

* D. 2. b. m. zakończył życie w Warszawie b. prof. fizyologii w Uniw. warszawskim, dr. Feliks Nawrocki. Zmarły urodził się w Tworkach r. 1838. Nauki gimnazyalne odbył w Poznaniu; studya lekarskie rozpoczął w r. 1858 w Wrocławiu, gdzie też w r. 1863 otrzymał dyplom doktora medycyny. Poświęcił się głównie badaniom z zakresu fizyologii i chemii, pracując pod kierunkiem Heidenhaina, Lothara Meyera i Cl. Bernarda. Kilka rozpraw wartościowych dało go poznać, jako siłę niepospolitą; już w r. 1863 został powołany na posadę adjunkta przy katedrze chemii lekarskiej w Groningen, zkąd wkrótce przeniósł się do Wrocławia na stanowisko adjunkta histologii i chemii fizyologicznej. Następnie, wskutek ogłoszenia konkursu przez Wydział lekarski warszawskiej Szkoły Głównej na posadę profesora historyi medycyny, encyklopedyi i metodologii, złożył rozprawę o Janie Mayowie, fizyologu angielskim i w r. 1867 został przyjęty, jako wykładający wyżej przytoczone przedmioty w charakterze adjunkta; w r. następnym został profesorem nadzwyczajnym i w tymże stopniu przeszedł po reorganizacyi ze Szkoły Głównej do Uniwersytetu warszawskiego; 30 stycznia 1881 mianowany został profesorem zwyczajnym fizyologii.

Ś. p. Nawrocki pisał po polsku, francusku, rosyjsku i niemiecku. Kilka prac naukowych zmarłego profesora przekazały jego imię potomności, jako badacza niepospolitego i samodzielnego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 28 maja posiedzenie zwyczajne, na którem doc. dr. Siedlecki miał odczyt p. t. »Pasorzyt zwierzęcy i komórka«.

* Wybory do Izby lekarskiej na nowe trzechlecie odbędą się d. 30 czerwca.

* Kursa trzytygodniowe dla lekarzy rozpoczną się na Wydziale lekarskim Uniw. Jagiellońskiego w dniu 7 lipca. Wpisy trwać będą do. 6-go lipca w kwesturze (*Collegium novum*), gdzie też i czesne uiścić należy. Chcących brać udział w kursach o ograniczonej liczbie uczestników, uprasza się o wczesne zgłoszenie się do odpowiednich prelegentów.

* Stopień doktora wszechnauk lekar. w Uniw. lwowskim otrzymał Alfred Roth.

* Komitet w Monachium dla wzniesienia pomnika dla Pettenkofera zwrócił się do kol. dra Biera z prośbą o zbieranie składek między lekarzami polskimi.

* Obchód setnej rocznicy założenia instytucyi »internatu lekarskiego szpitali paryskich«, który się odbył d. 24 i 25 m. maja, wypadł bardzo uroczyście. Więcej szczegółów podamy w numerze następnym.

* Na posiedzeniu Najwyższej Rady zdrowia w d. 24 maja prof. Exner omówił warunki, pod którymi można użyć promieni Röntgena do badania poza zakładami naukowymi. Prof. Chrobak zdał sprawę w imieniu specyalnego komitetu o sposobach zapobieżenia szkodliwym następstwom, wynikającym z używania chorych do badań naukowo-klinicznych.

* Skutki walki z zakażeniem zimniczem, podjętej z takim nakładem pracy i grosza we Włoszech, okazały się w r. 1901 wcale pomyślne. Walka miała cechę zapobiegawczą i polegała na stosowaniu maski i tkanin drucianych, w celu zabezpieczenia się od ukąszeń komarów, oraz na rozdawaniu przetworów chininy pod rozmaitemi postaciami. Badań najwięcej w tym kierunku poczyniły zarządy kolei żelaznych w okolicach zimniczych i jeśli nie wiele jest takich miejscowości, w których zimnica podczas sezonu, w którym zwykle grasuje, zupełnie wygasła, to natomiast odsetek zachorowań we wszystkich okolicach zimniczych zmalał bardzo i każe jak najlepiej pod tym względem wróżyć na przyszłość.

* Na kuli ziemskiej jest obecnie 8000 kobiet-lekarzy: w Ameryce samej przeszło 6000, w Rosyi 700, w Anglii 400, we Francyi 85, we Włoszech 20. Liczba kobiet-lekarzy w 133 szpitalach indyjskich przewyższa liczbę lekarzy mężczyzn.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XX (11—17—V). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 18, urodziło się dzieci 91, umarło osób 83, mianowicie: z gruźlicy 15 (3 zam.), z zapalenia płuc 14 (2 zam.) z dławca i błonicy 2 (zam.), z płonicy 4, z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery niemowląt 5 (1 zam.).

* Między 14 a 20 maja nie stwierdzono w Galicyi żadnego przypadku ospy; natomiast doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brodzkim (1 gm.), buczackim (2 gm.), dąbrowskim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), grodeckim (1 gm.), horodeńskim (3 gm.), husiatyńskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), kałuskim (4 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (3 gm.), niskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tłumackim (3 gm.), żółkiewskim (2 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu XX było 168, w tygodniu poprzedzającym 61.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Saxer mian. został prof. nadzw. patolog. anatomii w Lipsku. Prof. nadzw. otyatryi w Peszcie, dr. Böke, mian. prof. zwyczajnym.

Nekrologia. Dr. Konstanty Szatrowski, lat 32, zmarł w Warszawie. Dr. Marya Zakrzewska, jedna z pierwszych kobiet, które otrzymały dyplom doktora medycyny w Stanach Zjednoczonych, zmarła 13 z. m. w Bostonie. Dr. Włodzimierz Jasiński, l. 60, zmarł w N. Nowogrodzie. W Heidelbergu zmarł prof. Kussmaul, jeden ze znakomitszych klinicystów XIX-go stulecia. Żył lat 81. Prof. J. Polaillon, urodzony w r. 1836, ceniony autor, zmarł w Paryżu.

Bibliografia:

— *Zdrowie* Nr. 6. Sadowski: Cukiernictwo. Sobolewska: Śpiew w higienie i higiena w śpiewie. — Kąpiele ludowe w Warszawie.

— *Medycyna* Nr. 22. Wąsowicz: O leczeniu przewlekłych chorób serca w Krynicy, na podstawie własnych spostrzeżeń (dok.). Moraczewski: O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanów związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 20. Sadkowski: Pyramidon i sposób jego działania (dok.). E. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (c. d.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 4. Iwonicz (dok.). T. Piotrowski: Żegiestów.

— *Gazeta lekarska* Nr. 22. Dydyński: Przyczynek do badań nad przebiegiem niektórych pęczków rdzenia kręgowego. Brudziński: O wielolicznych kostniakach u dzieci. Ciągliński: Jakie wody mineralne, wewnętrznie użyte, przynoszą największy pożytek w skazie moczanowej i czego się po nich spodziewać można?

— *Časopis lékařů českých* Nr. 22. Piťha: O abdominalních operacích fibromyomů děložních. Kopfstein: Operace při chorobách orgánů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřejné všeobecné nemocnici cis. Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 42. Albarran: Leczenie doszczętne przerostu gruczołu krokowego. Dufourt: Wpływ pokarmów na powstawanie kamicy żółciowej.

— Nr. 43. Desfosses: Setna rocznica internatu (1802—1902). Debove: Opuchlina występująca odcinkami.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 21 Treupel: O stwardnieniach *(Sclerose)* wielorakich we względzie klinicznym i ich rozpoznawaniu różniczkowem. Mainzer: O pośredniem przeszczepianiu ścięgien, oraz uwagi nad podstawą fizyologiczną tego przeszczepiania. Lewi: O odruchach ścięgnistych. Doepke: Przyczynek do poznania czynnika wywołującego promienicy ludzkiej. Döllner: Leczenie czarnej choroby *(melaena)* noworodków. Bandelier: Kurczowe rozszerzenie źrenicy, wywołane ciałem obcem w uchu. Spineanu: Przyrząd do oznaczania całkowitej zawartości kwasu w soku żołądkowym. Barth: Przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych z zejściem pomyślnem. Jesionek: Zmiany budowlane w oddziale żeńskim chorób płciowych szpitala miejskiego w Monachium. Przyczynek do badania sprawy prostytucyi (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 21. Fraenkel: O postaciach ostrych gruźlicy płuc. Ehrlich i Sachs: O mechanizmie działania amboceptorów. Greeff: Pole widzenia w kształcie rury przy histeryi. Gabritschewsky: O nowym odczynie na niektóre substancye odtleniające ustroju. Boehr: O leczeniu chorób serca w zdrojowisku Kreuznach.

— *Wiener medic. Wochenschrift* Nr. 22. Schlagenhaufer: O znajdowaniu się przybłonka kosmówki i o bujaniu rodzaju zaśniadu groniastego w potworniakach *(Teratoma)*. Marcovich: Badanie różyczki durowej na prątki durowe. Hartmann: Poród trojaczkowy. Ascoli: Uwagi nad artykułem Krausa i Ludwiga: »O bakteryohemolizynie i antyhemolizynie. Kraus: Odpowiedź na powyższe uwagi Ascoliego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 22. Schoenborn: O niektórych objawach atypowych w przebiegu kiły drugorzędnej. Rosin: Etyologia cukrzycy na podstawie najnowszych badań. Litten. O zapaleniu wsierdzia (dok.). Stiller: Przyczynek do nauki o opadnięciu trzew i o objawie żebrowym tego cierpienia (dok.).

Redakcya otrzymała. Barlé: O zdravstvu staroga Zagreba. Trzebicky: Zur Resection des Thorax wegen Neubildung. Grabowski i Żukowski: Terapia ogólna chorób skóry. Broadbent: Herzkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Prognose und der Therapie (przełożył z angielskiego Dr. Kornfeld).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.